
Digitized by Google


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
CIRCUMSPICE





ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BLEULER	BONHOEFFER	FISCHER	KLEIST	MERCKLIN
ZÜRICH	BERLIN	WIESLOCH	FRANKFURT A. M.	TREPTOW A. R.

PERETTI	STRANSKY
GRAFENBERG	WIEN

DURCH

HANS LAEHR

WERNIGERODE, ORGANISTENSTR. 1

SECHSUNDSIEBZIGSTER BAND

NEBST EINEM BERICHT
ÜBER DIE PSYCHIATRISCHE LITERATUR IM JAHRE 1918
REDIGIERT VON
O. SNELL
LÜNEBURG



BERLIN UND LEIPZIG

VEREINIGUNG WISSENSCHAFTLICHER VERLEGER
WALTER DE GRUYTER & CO.,
VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG - J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG - GEORG REIMER - KARL J. TRÜBNER - VEIT & COMP.

1920/21

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

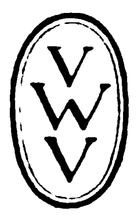
BLEULER ZÜRICH **BONHOEFFER** BERLIN **FISCHER** WIESLOCH **KLEIST** ROSTOCK **MERCKLIN** TREPTOW A.R. **PERETTI** GRAFENBERG **STRANSKY** WIEN

DURCH

HANS LAEHR
ZEHLENDORF WANNSEEBAHN, TELTOWER STR. 19

SECHSUNDSIEBZIGSTER BAND
ERSTES HEFT

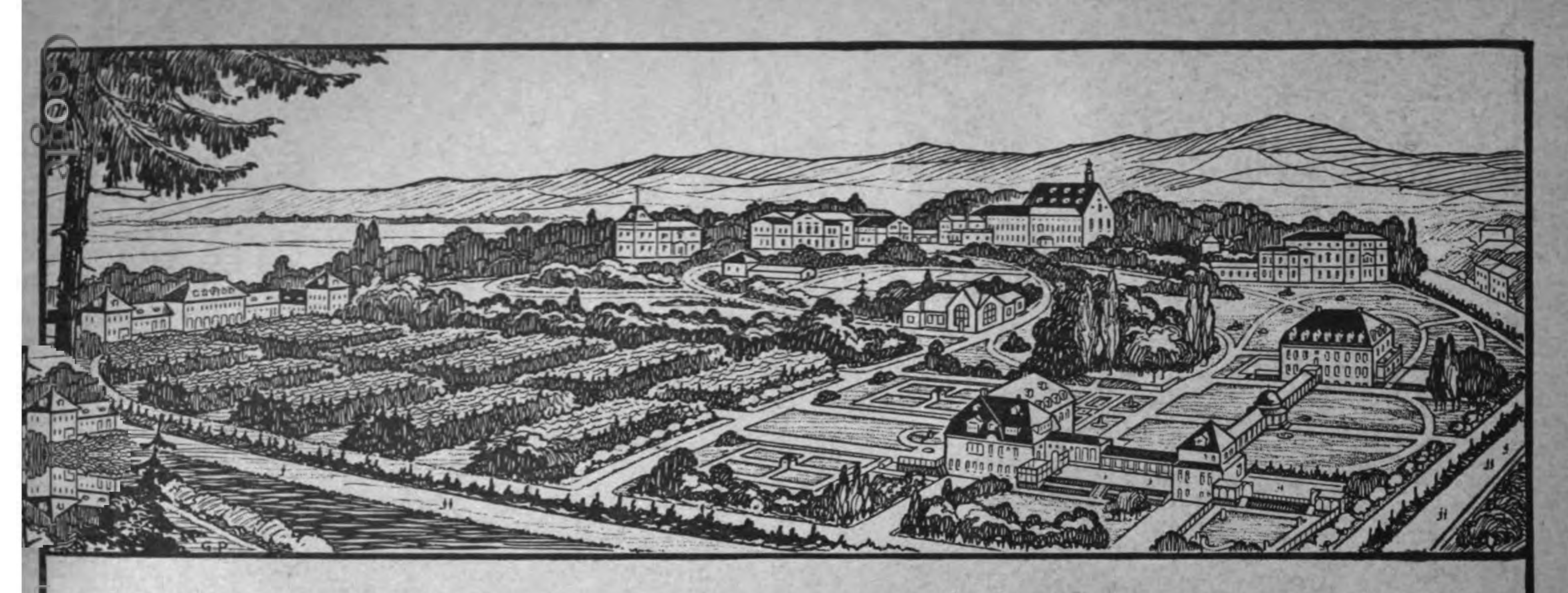
AUSGEGEBEN AM 19. FEBRUAR



BERLIN UND LEIPZIG
VEREINIGUNG WISSENSCHAFTLICHER VERLEGER
WALTER DE GRUYTER & Co.
VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.
1920

Preis des Bandes von 8 Heften (6 Hefte Originalien und 2 Hefte Literaturbericht) 40 Mark.

Hierzu eine Beilage der Firmen E. Merck, Darmstadt und



Inhalt.

Erstes Heft.

Originalien.

Kleinere Mitteilungen.

Zweites Heft.

Originalien.



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.

Drittes Heft.

Originalien.



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.

Viertes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.



Kleinere Mitteilungen.

Fünftes und sechstes Heft.

Originalien.



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.



Kleinere Mitteilungen:

Am 4. November 1919 starb nach langem, schweren Leiden

Geh. Obermedizinalrat

Prof. Dr. Carl Moeli,

Hilfsarbeiter im Ministerium des Innern zu Berlin.

Der Deutsche Verein für Psychiatrie verliert in ihm seinen Vorsitzenden, und jedem, der mit ihm zu tun gehabt hat, wird seine ungezwungene Liebenswürdigkeit und seine zu Rat und Tat bereite Teilnahme unvergeßlich sein. Als er am 10. Mai dieses Jahres sein 70 stes Lebensjahr vollendete, hat auch diese Zeitschrift seine Leistungen und Erfolge zu würdigen versucht, doch der Wunsch, daß er seine Krankheit überwinden und von neuem Kraft und Frische zu weiterer Tätigkeit gewinnen möge, hat sich nicht erfüllt. Immer wieder unterlag sein Wille zur Arbeit in schmerzlichem Kampfe gegen die zunehmende Schwäche, und die Befürchtung, daß er dauernd werde untätig sein müssen, lastete zeitweis schwer auf ihm. Ihm ist der Tod als Erlöser gekommen.

Sein Andenken wird in Ehren bleiben!

Ein Nachruf aus der Feder eines seiner Mitarbeiter ist für eins der nächsten Hefte zugesagt. *H. L.*

Zur forensischen Beurteilung der Hirnverletzten[1]).

Von

M. Isserlin.

Der wesentlichste Eindruck, den wohl alle diejenigen, welche sich mit der Hirnverletzten-Fürsorge beschäftigen, nach der Richtung der forensischen Beurteilung dieser Kranken haben, dürfte wohl zunächst eine gewisse Verwunderung über die geringe Zahl von eigentlich kriminellen Handlungen bei dieser Krankenklasse sein. Dieser Gesamteindruck dürfte wohl nicht nur darin seine Erklärung finden, daß eine große Anzahl der in Betracht kommenden Kranken durch die geschaffenen Fürsorgeeinrichtungen in gewissem Maße dem Kampfe des Lebens, wenigstens zeitweise, entrückt ist. Die Erklärung dürfte vielmehr in dem Umstande zu suchen sein, daß das die Verletzung verursachende Geschoß sich nicht die zu antisozialen Handlungen Disponierten aussuchte, sondern daß nach dieser Richtung unsere Hirnverletzten im wesentlichen einem allgemeinen Durchschnitt entsprechen, daß aber auch die durch die Hirnverletzung geschaffenen psychischen Änderungen an sich nicht wesentlich zu kriminellen Handlungen disponieren. Immerhin ist die Frage der forensischen Beurteilung der Hirnverletzten von genügender Wichtigkeit, so daß zu ihr einiges Grundsätzliche gesagt werden muß.

Dürfen wir überhaupt eine Klasse von gesellschaftwidrigen Handlungen als für die Hirnverletzten typisch und in größerer Zahl voranden herausgreifen, so wären hierher die immerhin in merklichem Umfange zu verzeichnenden Affektdelikte zu nennen. Wie schon aus früheren Erfahrungen genugsam bekannt ist, neigt eine erhebliche Anzahl Hirngeschädigter zu starker affektiver Labilität und zu

[1]) Aus dem Sonderlazarett für Hirnverletzte „Reisingerianum", München.



Affektausbrüchen. Das gilt nicht nur von den Stirnhirnverletzten, sondern auch von Hirnverletzten mit verschiedenartigster Lokalisation. Bei einem großen Teil dieser Kranken äußert sich die affektive Veränderung in einer gesteigerten Reaktion auf geringfügige gemütsbewegende Anlässe, Reaktionen, die nicht nur in leichteren oder schwereren Schwankungen der Stimmung bestehen, sondern auch in zum Teil schweren, bisweilen sehr schweren Zorn- und Wutausbrüchen, gelegentlich mit entsprechenden Handlungen. Besonders in der ersten Zeit nach der Verletzung muß allgemein mit stärkerer affektiver Erregbarkeit gerechnet werden.

Neben diese Formen treten noch von äußeren Einflüssen ziemlich unabhängige, endogene Verstimmungen, die sehr an epileptoide Zustände erinnern und bisweilen bei Kranken vorkommen, die an traumatischer Epilepsie durch ihre Hirnverletzung leiden, bisweilen aber auch ohne jede sonstigen Anzeichen einer epileptischen Veränderung festzustellen sind. Es bedarf keiner weiteren Erörterung, daß alle diese Formen affektiver Störungen besonders im Rahmen des Heeres zu leichteren und schwereren Vergehen gegen die Disziplin führen können, und so sahen wir denn auch eine Anzahl von Kranken, die wegen spezifischer Delikte gegen die Militärdisziplin zur Begutachtung geschickt wurden. Bei einer weiteren nennenswerten Anzahl von Kranken wurde ein Verfahren gar nicht eingeleitet, weil die entsprechenden Instanzen angesichts der Sachlage auf die Einleitung verzichteten. Ich greife einige Fälle heraus, um diese Art von Handlungen genauer zu kennzeichnen.

Inf. Sch. A., 93 geb., im Zivilleben Fabrikarbeiter, körperlich gesund, täglich 2l Bier, angeblich immer schon etwas nervös. 28. 4. 17 Infanterieschuß rechte Stirnseite, angeblich sofort bewußtlos (¼—½ Stunde), konnte dann selbst zum Verbandplatz gehen. Keine Lähmung. Sofort nach Deutschland transportiert. Eine am 16. 5. 17 hergestellte Röntgenaufnahme zeigt drei Finger über dem rechten oberen Augenrande eine linsengroße Knochenlücke, nebst kleinen Knochensprüngen. Am 16. 5. 17 nach dem Krankenblatt Temperatursteigerung, Kopfschmerzen. Operation in Lokalanästhesie: Spaltung des Schußkanals, halbpfennigstückgroßer Knochendefekt, aus dem Hirnmasse quillt. 13. 6. 17 als „a.v.h.“ zur Truppe.

Juni 1917 Konflikt mit einem Unteroffizier. Antwortet auf die Aufforderung, den Saal zu kehren, es pressiere ihm nicht. Als der

Unteroffizier weiter fragte, ob er wolle oder nicht, habe Sch. geantwortet, er möge nicht. Bei seiner Vernehmung am 20. 6. 17 gab Sch. an, er habe nicht gesagt, er möge nicht, sondern er könne nicht. Infolge seiner Schädelverletzung bekomme er beim Bücken Kopfschmerzen. Auf Veranlassung des Bataillonsarztes wurde Sch. zur Begutachtung der Hirnverletzten-Station zugewiesen. Bei der Aufnahme Klagen über Kopfschmerzen, Schwindel, Neigung zu starken psychischen Erregungen auf geringfügige Anlässe hin. Er sei gleich „in der Höhe", wisse dann nicht mehr, was er sage oder tue. Die körperliche Untersuchung zeigte beim Blick nach rechts unregelmäßigen, nicht erschöpfbaren Nystagmus, beim Blick nach links erschöpfbaren Nystagmus. Barany-Befund im Sinn einer zentralen Läsion. Während seines Aufenthaltes im Lazarett schien Sch. zunächst gedrückter Stimmung, gemütlich gespannt und voll verhaltener Erregung zu sein. Zu starken gemütlichen Explosionen kam es aber nicht. Die psychische Untersuchung zeigte eine Herabsetzung des akustisch-motorischen Gedächtnisses für Sinnvolles und des mechanischen Gedächtnisses für Sinnloses. Mit Bezug auf die zur Last gelegte Handlung gab er an, bei intensivem Nachdenken nur Bruchstücke einer Erinnerung zu haben. Das Gutachten betont, daß es sich um einen Fall mit stark erhöhter gemütlicher Erregbarkeit und Neigung zu affektiven Explosionen nach Stirnhirnverletzung handelt. Es wurde besonders auf die Kürze des Zwischenraumes zwischen dem Zeitpunkte der Verwundung bzw. der letzten Operation und dem Tage der zur Last gelegten Handlung hingewiesen. Die Angabe des Sch., daß er nur eine lückenhafte Erinnerung an den Vorfall habe, wurde als glaubhaft angenommen. Es wurde weiterhin begutachtet, daß der bei Sch. gesetzte affektive Erregungszustand ein solcher sei, daß er die Bedingungen einer Geistesstörung im Sinne des Gesetzes (§ 51) erfülle. Nebenbei darf bemerkt werden, daß die Dienstfähigkeitserklärung am 13. 6. 17 nach meiner Ansicht ein Fehlurteil war. Nachdem Sch. am 16. 5. 17 eine Operation mit Herausquellen von Hirnmasse durchmachte, war er Mitte Juni der Einfügung in den Rahmen des Heeres als a.v.h. psychisch in keiner Weise gewachsen.

Der eben skizzierte Fall ist typisch für eine Reihe von Vergehen, wie sie bei Hirnverletzten mit stärkerer affektiver Erregbarkeit im Rahmen des Heeres zu verzeichnen sind. Ein auffälliges Beispiel dieser Art ist der folgende.

Gegen K. schwebte ein Verfahren wegen tätlichen Vergreifens an einem Vorgesetzten. K. betrat am 12. 12. 17 das Revier und forderte in unmilitärischer Haltung, dem Bataillonsarzt vorgestellt zu werden. Als ihn der im Revier diensttuende Arzt in ruhigem Tone fragte, was ihm denn eigentlich fehle, erwiderte K., er wolle dem Bataillonsarzt vorgestellt werden. Als ihm dann der Arzt sagte, daß er erst wissen müsse, was ihm fehle, und wenn er es ihm nicht sagen wolle, so solle er hinausgehen, machte



K. Miene zum Hinausgehen, drehte sich jedoch plötzlich um und versetzte dem Arzt, der am Tische saß, mit der rechten Hand einen Stoß an die linke Seite, so daß der Arzt vom Stuhl herab auf ein danebenstehendes Bett fiel. Nach mehreren Angaben scheint K. auch ein feststehendes Messer während des Angriffes auf den Arzt gehabt zu haben. K. wurde von den Umstehenden festgehalten, sträubte sich dabei wild und wurde dann in das Amtsgerichtsgefängnis T. eingeliefert. Dort schlug er in der Zelle alles zusammen. Nach einer Untersuchung durch den Bataillonsarzt wurde K. auf die Fachstation verlegt.

Aus der Vorgeschichte des K. ist zu erwähnen: Familie: o. B. Selbst angeblich normale Entwicklung, keine Kinderkrankheiten. Schule gut, kein Bettnässen. Nach der Schule Schreiner. Angeblich nie krank. Geschlechtskrankheiten verneint. Potus: täglich 5—6 Halbe Bier, wenig geraucht. Er sei immer lustig und munter gewesen und nicht übermäßig erregbar. Eingerückt am 17. 11. 14. Ausbildung ohne Beschwerden. Ins Feld am 21. 1. 15. Verwundet am 13. 3. 15 durch Infanteriesteckschuß am Hinterkopf. Angeblich sofort bewußtlos, wisse nicht, wie lange, sei erst im Lazarett zu sich gekommen. Er wisse auch nicht, wie das Feldlazarett geheißen habe. Laut Krankenblatt Feldlazarelt G. Am 13. 3. Entfernung eines kleinen Knochensplitters. Weiterhin stießen sich laut Krankenblatt am 9. 4. 15 in einem Lazarett in K. einige nekrotische Hirnteile ab. Pat. nahm an nichts Anteil, war den ganzen Tag ohne Zeichen innerer und äußerer Bewegung. Nach Eintrag ins Krankenblatt des Lazaretts in Str. ist am 5. 7. 15 Pat. beschwerdefrei. Allmähliche Verheilung der Wunde. Dann in das Genesungsheim B. Von dort am 15. 9. 15 zum Ersatztruppenteil, wo er keinen Dienst machte. Vom 27. 10. 15 bis 18. 3. 16 auf einer Fachstation, wo Kleinhirnstörungen angenommen wurden. Bis 8. 4. 16 Pflegestätte G., dann wieder Ersatztruppenteil. Im Mai 16 zum Landsturm versetzt, dort zum Gefangenenlager P. kommandiert, wo er ganz leichten Dienst bei der Heupresse gut habe machen können (Aufschreiben der Nummern der Wagendecken). Er habe zu Hause geschlafen und keine größeren Beschwerden gehabt. Im August 17 Versetzung zum Umladekommando in R. Dort habe er starken Schwindel und Kopfschmerzen gehabt, habe es oft nicht mehr aushalten können, sei oft des Nachts aus dem Bett heraus und davongelaufen. Habe sich oft zum Arzt gemeldet, sei aber immer dienstfähig geschrieben worden. Im Dezember sei er ins Lazarett gekommen, wisse aber nicht, warum. Über das, was bei der Revierstunde mit ihm passiert sei, wisse er keine Angaben zu machen. Während des Aufenthaltes im Lazarett brachte K. zunächst keine Klagen vor. Er schien wie abgesperrt und stark gehemmt, einsilbig, kaum zu irgendwelchen Antworten zu bewegen. Späterhin wurde er allmählich zugänglicher, war aber noch sehr erregbar und explosiv. Wollte nicht im Bette liegen bleiben, schimpfte, die Ärzte in R. hätten ihn immer dienstfähig geschrieben, während er hier im Bette liegen müsse. Die Ärzte in R.

mußten wohl nicht viel verstanden haben. An den Vorfall im Revier gab er auch später an keine Erinnerung zu haben. Er wisse nur, daß er sich plötzlich im Schnee liegend gefunden habe. Man habe ihm dann gesagt, daß er den Arzt angepackt habe. Er sei dann in die Arrestzelle gekommen und sei dort sehr aufgeregt gewesen. Genaueres wisse er jedoch nicht. Bei den psychologischen Untersuchungen war er zunächst fast völlig unzugänglich, so daß im Anfang genauere Untersuchungen nicht durchgeführt werden konnten. Späterhin wurde er allmählich freier und umgänglicher, jedoch traten immer von neuem Tage großer Spannung und Unzugänglichkeit auf. Immerhin war während der langen Behandlungszeit auf der Station ein erheblicher Fortschritt zur allgemeinen Besserung zu verzeichnen. K. arbeitete fleißig in der Lazarettwerkstätte, ging dann später in eine Schreinerei zur Arbeit und zeigte allmählich ein freieres, natürlicheres Verhalten. Er klagte über Kopfschmerzen, blieb immer noch bei Unterhaltungen und Untersuchungen emotiv und leicht gehemmt.

Die körperliche Untersuchung zeigte: Mittelgroßer, schwächlich gebauter Mann mit geringer Muskulatur. Am Hinterhaupt von der Protub. occipit. ausgehend quer nach dem rechten Ohr eine ca. 15 cm lange, in der äußeren Partie rechtwinkelig nach unten abgebogene Narbe, zum Teil verschieblich, zum Teil fest mit der Unterlage verwachsen. Unter dem rechtgewinkelten, mit der Unterlage verwachsenen Teil ein pflaumengroßer Knochendefekt, doch ist Pulsation nicht sichtbar. Narbe in diesem Teil stark druckempfindlich. Pupillen gleich weit, rechts etwas exzentrisch in der Iris gelegen. Romberg: Fallen nach hinten; geringes Lidflattern, erheblicher Dermographismus, abnorme Muskelerregbarkeit, Ataxie der Arme und Beine, rechts mehr als links. Barany im Sinn einer zentralen Läsion. Schädigung des rechten Tractus opticus (Hemianopsie). Hingewiesen sei noch auf die bei dem Kranken wechselnd starke Verstimmbarkeit, die oft endogen in stärkeren Wellen einsetzte. Die genauere psychologische Untersuchung, die zunächst mit der Unzugänglichkeit und übermäßigen Erregbarkeit des K. zu kämpfen hatte, zeigte als Gesamtergebnis: Starke gesteigerte allgemeine Emotivität, Herabsetzung aller Leistungen durch emotive Konzentrationsunfähigkeit.

Das Gutachten betonte die Zeichen schwerer Hirnläsion, die bei K. vorlagen, und wies auf die Tatsache des Vorkommens hochgradiger reaktiver und endogener Explosionen bei Hirnverletzten hin, die in entsprechenden Fällen die Bedingungen des § 51 des RStGB. erfüllen. In Rücksicht auf die Schwere der Verletzung, die K. erlitten hatte, bei der Erheblichkeit der Ausfallerscheinungen, die er zeigte, bei der Schwere insbesondere auch der gemütlichen Veränderungen, die bei K. während der Lazarettbeobachtung festgestellt wurden, wurde begutachtet, daß K. die ihm zur Last gelegte Handlung in einem Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen habe, durch welche seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.



Gleichfalls durch erhebliche Verstimmbarkeit ausgezeichnet ist der nächste Kranke, der sich wegen unerlaubter Entfernung zu verantworten hatte.

T., 27 Jahre alt, von Beruf Schweizer, nie ernstlich krank, Schule gut. Ein Bruder leicht erregbar. Potus: täglich 1 l Bier. 10—12 Zigaretten, nie geschlechtskrank. Aktiv eingerückt am 24. 10. 12. Ins Feld am 7. 8. 14. Im Felde angeblich Mittelohrentzündung. Am 20. 8. 15 durch Infanterieschuß an der Stirn und Oberkopf verletzt. Sei nicht bewußtlos gewesen, habe schlechter gesehen, sonst keine besonderen Ausfallerscheinungen. Nach Krankenblatt Kriegslazarett P. Dura nicht verletzt. Es wurden mehrere Metallsplitter entfernt. Am 8. 10. 15 als g.d.fähig zum Ersatztruppenteil entlassen.

T. zog sich bei der Faßverteilungsstelle, zu der er abkommandiert war, eine Quetschung des l. Kleinfingers zu; deswegen Okt. 1917 in ein Lazarett aufgenommen. Dort entfernte er sich dreimal unerlaubt. Er gab bei mehrfachen Vernehmungen an, daß er wegen der Hitze starke Kopfschmerzen bekommen habe, was seine Mitkranken ihm nicht geglaubt hätten. Er sei darüber sehr verstimmt gewesen und habe „fort" müssen. Es habe ihn einfach fortgedrängt; er habe sich die Folgen der Handlung nicht überlegt. Er sei das erstemal zu seiner Schwägerin gegangen, ebenso das zweitemal. Er entsinne sich nur, daß er zu Fuß gegangen sei. Er sei fortgegangen, weil er glaubte, die Kopfschmerzen würden dann eher besser, als wenn er bliebe und immer „angesprochen" würde. Habe auch gefürchtet, er könne gegen jemand tätlich werden. Bei der dritten Entfernung sei er ebenfalls zu seiner Schwägerln gegangen, er entsinne sich schon, daß er hingegangen sei, sei dann in ein Kaffee usw. gegangen. Er habe seiner Schwägerin nichts davon gesagt, daß er sich unerlaubt entfernt habe. Auch gab er an, er sei das drittemal davon aus Furcht vor Strafe. Vorher hatte T. zwei Jahre Arbeitsdienst gemacht, ohne irgendwelchen Zwischenfall. Er sei im Lazarett oft verstimmt und grantig gewesen. Das Leben habe ihn nicht mehr gefreut, die Patienten hätten ihn ausgelacht, wenn er über Kopfschmerzen geklagt habe. Die Ärzte seien immer „ordentlich" zu ihm gewesen.

Während der Beobachtungszeit auf der Fachstation verhielt sich T. ruhig, klagte nur ab und zu über Kopfschmerzen. Stärkere Verstimmungs- und Erregungszustände sind hier nicht beobachtet worden, wenn er auch offensichtlich gesteigert emotiv erregbar war und oft auch bei Befragung gemütlich gespannt und gehemmt erschien.

Sein Verhalten während der inkriminierten Handlungen konnte T. nicht motivieren. Er gab an, daß er auf geringfügige Anlässe hin in so starke gemütliche Verstimmungs- und Erregungszustände geraten könne, daß er einem Fortdrängen nicht widerstehen könne. Er habe sich auch gefürchtet, „tappig" werden zu können. Bewußtseinsstörungen gröberer



Art haben jedenfalls nicht bestanden. Sonst war Genaueres über den Zustand, in welchem sich T. zur Zeit der Strafhandlung befand, nicht festzustellen.

Die Untersuchung zeigte: Über dem linken Stirnbein gut verheilte lineare Narbe mit fingerkuppengroßem Defekt, pulsierend; ferner zwei oberflächliche, gut verheilte Narben über dem r. Stirnbein. Der Röntgenbefund weist einen ca. pfennigstückgroßen Knochendefekt mit größtenteils scharfen Rändern im l. Os frontale, dicht neben der Medianlinie, auf. In seiner näheren und weiteren Umgebung finden sich zahlreiche kleine bis kleinste Metallsplitterchen. Einige projizieren sich auf das r. Os frontale. Knochensplitter oder Fissuren sind nicht nachzuweisen. Im r. Os parietale, in dem Winkel zwischen Koronar- und Sagittalnaht, finden sich ebenfalls Strukturveränderungen und Schattenaufhellungen, in deren Umgebung auch kleine Metallpartikelchen liegen. Neurologisch o. B. Labyrinth beiderseits nicht erregbar. Die klinisch-psychologische Untersuchung zeigte: Herabsetzung der Merk- und Gedächtnisleistungen, Störungen der Konzentration. Das Gutachten legt dar, daß bei T. Zeichen im Sinne einer Hirnverletzung vorhanden sind. Schwere affektive Störungen, insbesondere epileptoide, seien nicht beobachtet worden, vielmehr habe T. 2 Jahre nach seiner Kopfverletzung seinen Dienst anscheinend zur Zufriedenheit ausgeführt. Auch im Lazarett konnten entsprechend schwere Zustände nicht beobachtet werden. Es seien somit keine positiven Anzeichen dafür gegeben, daß T. die ihm zur Last gelegte Handlung in einem Zustande begangen habe, der den Bedingungen des § 51 entsprochen hätte. Über den Bewußtseinszustand während der zur Last gelegten Handlung konnten genauere Feststellungen nicht gemacht werden. Bewußtseinsstörungen gröberer Art haben jedenfalls nicht bestanden. Anderseits stand das Verhalten T.s in erheblichem Widerspruch mit dem Bilde, das seine Gesamtpersönlichkeit in ruhigem Zustande bot. Da weiterhin Folgen organischer Hirnschädigung noch deutlich waren, von denen wir wissen, daß sich mit ihnen Ausnahmezustände des Gemüts- und Trieblebens verbinden können, die einem Zustande, wie ihn der § 51 verlangt, entsprechen können, so erschien die begründete Möglichkeit des Bestehens eines solchen Ausnahmezustandes während der zur Last gelegten Handlung gegeben.

Das militärische Delikt der unerlaubten Entfernung beging in besonders auffälliger Weise ein Kranker, über den noch kurz berichtet sei.

Zu einer gerichtlichen Verhandlung kam es hier nicht, da mit Rücksicht auf den Zustand des Verletzten darauf verzichtet wurde. Es handelt sich um einen Offizierstellvertreter V., der sich in einer großen Anzahl von Malen immer in der gleichen Weise aus dem Lazarett entfernte und tage-, bisweilen wochenlang fortblieb. Er beging diese



Handlung auch noch, als seine Entlassung aus dem Lazarett als d. u. dicht bevorstand, so daß er durch seine Entfernung die Entlassung beträchtliche Zeit hinauszögerte. Es konnte nicht sicher festgestellt werden, was V. während der Zeit seines Fernbleibens trieb; jedoch scheint er mit Frauenzimmern vagiert zu haben.

V., 24 Jahre alt, Familie angeblich keine Belastung. Selbst nie krank. Schule gut. Mit 15 Jahren in die Unteroffizierschule eingetreten. Ins Feld 11. 8. 14, verwundet am 13. 8. 16 durch Granatsplitter an der rechten Stirnschläfenseite. Angeblich 43 Stunden bewußtlos. Habe nicht reden können, ungefähr 14 Tage lang. Angeblich rechtsseitige Lähmung. Gedächtnisschwäche. Am 8. 9. 16, etwa 3 Wochen nach der Verwundung, Aufnahme im Kriegslazarett St. Qu. War leicht benommen, ließ unter sich. Die Glieder waren frei beweglich. Sprache stotternd und verwaschen. Es bestand ein Hirnprolaps, die Wunde eiterte. Daraufhin wurde die bestehende markstückgroße Trepanationsöffnung erweitert. Es entleerte sich Eiter, worauf Besserung eintrat. Die Sprache wurde noch am 26. 12. 16 als nicht normal bezeichnet. Rechte Gesichtshälfte schlaff. Ein fachärztlicher Befund vom November 16 (*Lewandowsky*) stellt keinen neurologischen Befund fest.

Am 30. 1. 18 Aufnahme in der Fachstation. Der körperliche Befund weist an der Linea temporalis r. eine 4 cm lange, schwielig aufgetriebene, in der Mitte in einem Knochendefekt muldig eingezogene Narbe auf. Der Röntgenbefund ergibt: ca. markstückgroßer, leicht oval geformter, scharfrandiger Knochendefekt im Bereich des r. Os frontale, unmittelbar oberhalb der Orbita. Auf das Gebiet des l. Os parietale projiziert sich ein etwa halbbohnengroßer Geschoßsplitter. Ein erbsengroßer Geschoßsplitter liegt intrakraniell in der linken Schädelhälfte, drei Querfinger breit über der Basis der l. Felsenbeinpyramide, ca. fingerbreit von der Medianlinie und ca. 3 cm von der Schädelkapsel entfernt. Barany-Befund: Linkes Labyrinth schwer erregbar. Nach Auskunft der Unteroffizierschule war V. ein sehr guter Schüler und hat sich im Dienst immer gut geführt. Nach Aussagen des Vaters soll er vor der Verwundung immer ordentlich gewesen sein. Ein Kamerad, der ihn von früher her kannte, gab an, daß V. immer schon etwas leichtsinnig gewesen sei. Während des Aufenthaltes auf der Fachstation zeigte V. ein ziemlich wechselndes Verhalten. Anfangs rege, prompt in seinen Antworten, machte er im weiteren Verlauf gelegentlich einen gänzlich stumpfen, apathischen Eindruck. Später wieder Besserung, arbeitete täglich mehrere Stunden im Bureau zur Zufriedenheit seiner Arbeitgeber. Verließ dann wieder seine Stelle, blieb wochenlang unerlaubt entfernt. Bei Rückkehr gänzlich apathisch, interesselos, ohne jedes Zeichen innerer Erregung. Vorhaltungen bezüglich seines Benehmens erweckten keinen Widerhall: er denke an nichts, wenn er fortbleibe. Er könne es beim Militär nicht mehr aushalten. Er ist nicht zur Einsicht zu bringen,



daß er auf diese Weise seine in Aussicht gestellte Entlassung nur hinausschiebe. Im Lazarett folgsam, übermäßig militärisch, automatenhaft in Haltung und Antwort.

Es handelt sich bei V. um eine schwere Stirnhirnverletzung, jetzt noch Splitter interkraniell. Die eigenartigen Gefühls- und Willensveränderungen im Sinne der Verstumpfung, der Zunahme der Wirksamkeit triebhafter Impulse und des Fortfallens höherer Hemmungen dürfen wohl mit Sicherheit auf die Stirnhirnverletzung zurückgeführt werden. Die Bedingungen des § 51 müssen für die typisch militärischen Delikte als erfüllt angenommen werden.

Während man bei den bisher geschilderten Fällen von einer für Hirnverletzte typischen Kriminalität reden kann, typisch dadurch, daß einerseits für die Hirnverletzten charakteristische Affektanomalien zugrunde liegen und andrerseits die Handlungen selbst ein kennzeichnendes Gepräge haben — Affekthandlungen, besonders leichtere und schwerere Vergehen gegen die militärische Disziplin —, kann in den im folgenden berichteten Fällen von einer solchen Typik nicht gesprochen werden, vielmehr tritt in ihnen der Charakter des Zufälligen stark hervor.

Unteroffizier P. war während seiner Rekonvaleszenz nach einer schweren Schädelhirnverletzung damit beschäftigt, die Post für sein Lazarett zu holen. Am 2. 1. 18 erhielt er einen Betrag von M. 600, für einen Insassen des Lazaretts bestimmt, ausgehändigt. Empfangsbestätigung des P. durch Unterschrift im Postausgabebuch liegt vor. Schon früher hatte er ausweislich des Postbuches, in welchem sich seine entsprechenden Unterschriften befinden, mehrfach Sendungen empfangen und richtig weitergeliefert. Die am 2. 1. 18 empfangenen M. 600 hat P. jedoch nicht abgeliefert. Bei seiner Vernehmung, erstmalig am 16. 3. 18, bestritt P. zunächst, jemals Postsachen in Empfang genommen zu haben, und auch, den Betrag von M. 600 quittiert zu haben. Er wisse nicht, worum es sich handle. Bei seiner zweiten Vernehmung am 19. 4. 18 blieb P. bei der vorigen Leugnung, er erklärt, das Postbuch nie gesehen zu haben. Die vorgewiesenen beiden Unterschriften rührten nicht von seiner Hand her, es habe sie vielleicht ein anderer nachgemacht. Bei einer dritten Vernehmung am 18. 5. 18 gibt er nach Vorhalt weiterer Ermittlungen (Zeugenaussagen usw.) zu, es sei richtig, daß er ab und zu Postsachen geholt habe, Geld habe er jedoch nie erhalten. Er erkannte jetzt die Unterschriften im Postbuch als die seinen an. Er habe öfters etwas unterschrieben, habe aber nicht gewußt, was. Er habe öfters Anfälle gehabt, Geld in die Hände habe er nicht bekommen. Er könne sich nicht erinnern, daß er Geld in einem Kuvert erhalten hätte. Vielleicht habe man sich mit ihm einen Schabernack geleistet nnd ihm das Buch zum Unterschreiben hingeschoben, da



man gemeint habe, er sei ja doch nicht gut beisammen. Zwei bei der Postausgabe beschäftigte, als Zeugen vernommene Persönlichkeiten gaben an. daß P. das Geld erhalten habe. P. habe einen verschlossenen und scheuen Eindruck gemacht.

P. ist am 12. 10. 85 geboren, von Beruf Wagner, guter Schüler, als Kind angeblich schon stets nervös, später „Lungenspitzenkatarrh". Nikotinmißbrauch zugestanden. Aktiv 07—09 o. B. Bisher nicht vorbestraft. Eingerückt 3. 8. 14. Schnell ins Feld. Drei Jahre Feld. 6. 4. 17 Schrapnellschußverletzung am Kopfe, rechte Stirngegend. Zirka 3 Tage bewußtlos. Erbrechen. Nach dem Krankenblatt des Feldlazaretts trat Hirnbrei zutage. Operative Entfernung zahlreicher größerer und kleinerer Knochensplitter, die zum Teil in die Gehirnmasse eingedrückt sind. Aufenthalt in Kriegslazarett, Reservelazaretten und Vereinslazarett. Hin und wieder Anfälle mit Bewußtlosigkeit, ca. 5 Minuten Dauer. Am 19. 10. 17 Operation: Nach Exzision der Galeanarbe zeigt sich, daß der Duradefekt annähernd der Größe des Knochendefektes entspricht, und daß das Gehirn eine tiefgehende Zerstörung und einen daumentiefen Defekt aufweist, in dem sich das Gehirn als gelblichschmierige Masse präsentiert. Ein 8 : 3 cm großes Fettfaszienstück wird mit der etwa 2 cm dicken Fettschicht nach dem Gehirn zu in den Defekt gelegt und die Faszie zirkulär durch Knochennähte mit der Dura vereinigt. Am 30. 7. 18 Aufnahme auf der Hirnverletzten-Station. Hier Klagen über Kopfschmerzen verschiedener Stärke. Anfälle nicht beobachtet. Über der rechten Kopfseite die ganze Stirngegend einnehmend bis zum Ohr gut verheilte, 12 cm lange, 4 cm breite Narbe mit pulsierendem Knochendefekt in der Ausdehnung von etwa 5 : 3 cm. Röntgenbefund oval geformter, quer verlaufender, 5 : 2 cm großer Knochendefekt mit scharfen Rändern an der r. Hälfte des Os frontale. Vom lateralen Defektrande verläuft eine schmale Fissurlinie nach rückwärts bis in das Gebiet des r. Os parietale. Knochensplitter und Fremdkörper sind nicht nachweisbar. Ohrenbefund: Erkrankung des inneren Ohres beiderseits. Kein organisch-neurologischer Befund.

Bei Unterhaltung für die ihm zur Last gelegte Handlung verlegen, ausweichend, nicht recht zu fassen; könne sich seine Unterschriften nicht erklären, wisse von nichts, man solle ihm doch etwas Derartiges nicht vorhalten. Er hat nach seinen Angaben die Erinnerung, Postsendungen geholt zu haben, wisse aber nichts Genaueres über empfangene 600 M. Wisse nicht, ob er etwa solche weitergegeben haben könne.

Das Gutachten hebt hervor, daß P. nicht vorbestraft sei, eine schwere Stirnhirnverletzung erlitten habe, und daß bei ihm epileptische Anfälle festgestellt seien. Die letzte eingreifende Operation erfolgte am 19. 10. 17, dabei präsentierte sich das Gehirn in dem großen Duradefekt als gelblichschmierige Masse. Die zur Last gelegte Handlung sei am 2. 1. 18 erfolgt. Also sei der Zeitraum zwischen der Handlung und dem letzten Eingriff, bei welchem schwere Veränderungen des Stirnhirnes festgestellt



wurden, ein relativ kurzer, etwa 10 Wochen umfassender. Am 10. 12. 17 findet sich ferner im Krankenblatt die Aufzeichnung: Noch ab und zu kleine Anfälle.

Die psychologische Untersuchung zeigte wohl Hemmungen der geistigen Leistungen, aber keine Zustände, die an sich die Bedingungen, des § 51 erfüllen würden. Zeichen dafür, daß sich P. zur Zeit der Begehung der Handlung in einem Dämmerzustande befunden habe, konnten nicht festgestellt werden. Nachdem aber noch kurze Zeit vorher nach der Krankenblattaufzeichnung epileptische Anfälle beobachtet worden sind, sei in Erwägung zu ziehen, daß die Möglichkeit eines epileptischen Anfalles gegeben sei, in welchem P. das Geld abhanden gekommen sein könne Weiterhin sei zu bedenken, daß, wenn die geistige Reduktion zur Zeit der Begutachtung auch nicht hochgradig genug sei, doch die begründete Möglichkeit bestehe, daß zur Zeit der Begehung der Handlung, also in kürzerem Abstande vom Zeitpunkte der Verletzung, und bei den damals nachgewiesenen stürmischeren Erscheinungen (epileptische Anfälle) auch der durch die Stirnhirnläsion gesetzte allgemeine geistige Zustand die genannten Bedingungen erfüllt habe. Es müsse deshalb zum mindesten mit der begründeten Möglichkeit bzw. der Wahrscheinlichkeit gerechnet werden, daß P. in einem Zustande gehandelt habe, der den Bedingungen des § 51 entsprochen habe.

Von besonders grundsätzlichem Interesse ist folgender Fall:

M., früher Dachdecker, jetzt verheirateter Hausmeister, geboren am 5. 2. 87, ist wegen eines Sittlichkeitsverbrechens angeklagt. Er hat mit 8-, 10- und 12jährigen Mädchen unsittliche Handlungen vorgenommen. M. gab an, daß er sich an die ihm zur Last gelegten Handlungen nur unvollkommen erinnere, er habe eine schwere Kopfverletzung erlitten und sei häufig nicht bei Bewußtsein, es sei ihm überhaupt nicht erinnerlich, daß er mit Mädchen in Berührung gekommen sei.

Mit Bezug auf einen ihm zur Last gelegten Fall gab er bei der ersten Vernehmung an, er wisse, daß ihm das Kind auf sein Verlangen aus einer Eisenhandlung Nägel geholt und auf sein Zimmer gebracht habe, und daß es noch in seinem Zimmer stehen geblieben sei, als er die Nägel in die Wand geschlagen habe. Was dann geschehen sei, dafür fehle ihm die Erinnerung. Erst als das Mädchen fort gewesen und er noch eine kurze Weile sitzen geblieben sei und die vom Samenerguß herrührenden feuchten Stellen auf dem Boden wahrgenommen habe, sei ihm langsam der Verstand gekommen, daß er etwas Unrechtes getan habe. „Ich war und bin noch sehr unglücklich darüber. Ich kann nur annehmen, daß mir die freie Willensbestimmung bei dem Vorfall fehlte."

Dem vernehmenden Richter schien das Bedauern des M. über die Handlung ein aufrichtiges zu sein. M. wurde zur Begutachtung seines Geisteszustandes in die Psychiatrische Klinik in München eingewiesen.



Nach Angaben des M. ist aus seiner Familie nichts Besonderes zu vermerken. Seine Mutter habe während des Blutwechsels öfters „fixe Momente“ gehabt, spreche jetzt noch öfters unzusammenhängendes Zeug, sei nicht in einer Anstalt gewesen. Er selbst sei früher nie ernstlich krank gewesen, normale Entwickung, guter Schüler, keine nennenswerten nervösen Beschwerden. Seinen Beruf als Dachdecker habe er immer gut ausführen können. M. ist bereits früher zweimal vorbestraft, 1911 wegen Sittlichkeitsvergehens mit 6 Monaten Gefängnis, 1913 wegen Diebstahls mit 4 Monaten Gefängnis. Das Sittlichkeitsdelikt war ähnlich wie die jetzt zur Last gelegte Handlung; er hatte mit einem 11 jährigen Kinde unsittliche Handlungen — Spielen mit dem Geschlechtsteil — vorgenommen. Über seine geschlechtliche Entwicklung gibt M. an, er habe mit 16—17 Jahren die ersten geschlechtlichen Empfindungen gehabt, habe aber nicht onaniert, sondern früh den Geschlechtsverkehr gesucht und solchen auch mit einem wesentlich älteren Dienstmädchen ausgeübt. Er habe ein längeres Verhältnis mit diesem gehabt und später auch mit gleichaltrigen und jüngeren Mädchen. Von 1907 bis 1910 diente er bei der Marine, arbeitete dann wieder als Dachdecker. Bei einer Arbeit sei ihm die erste Verfehlung in geschlechtlicher Beziehung passiert: das Kind habe sich neben ihn gesetzt und ihm Bilder aus dem Simplizissimus gezeigt, deren geschlechtliche Bedeutung es offenbar noch nicht verstanden habe, und daher allerlei Fragen gestellt, die ihn geschlechtlich gereizt hätten. So habe er sich verleiten lassen, dem Kinde unter die Röcke zu greifen. Er habe dann später große Reue empfunden und zum Teil, um Gefahren dieser Art zu entgehen, habe er im Jahre 1913 ein ordentliches Mädchen geheiratet. Er habe mit seiner Frau stets sehr gut gelebt, aber auch späterhin öfters an kleine Mädchen gedacht. Er sei oft, um nicht in Versuchung zu kommen, direkt abstoßend gegen solche Mädchen geworden. Es sei ihm aber mitunter schwer gefallen, denn solche Kinder kämen oft und schmiegten sich an, was ihn sehr aufrege. Zu Buben habe er nie Zuneigung gehabt. Über sein Eigentumsdelikt im Jahre 1913 erklärte er, er sei wegen Arbeitmangel außer Stellung und in Not gewesen. Im Januar 1915 rückte M. ins Feld und wurde am 9. Februar 1916 durch Gewehrgeschoß am Kopfe verletzt. Er war bei der Lazaretteinlieferung benommen, hatte unterwegs erbrochen, die rechte Seite war paretisch, er ließ unter sich. Das Röntgenbild ergab eine große Splitterung des Schädeldaches im Bereich des Durchschusses (linsengroßer Einschuß r. hinteres Scheitelbein, drei Querfinger von der Mittellinie entfernt; kirschgroßer Ausschuß am linken Scheitelbein, 1 Querfinger von der Mittellinie entfernt). Die Dura wurde freigelegt, Splitter entfernt. Am 11. 2. konnte er nicht sprechen: motorische Aphasie. Der r. Arm war völlig gelähmt, das r. Bein paretisch. Am 14. 2. kehrte die Sprache allmählich wieder. M. ließ nicht mehr unter sich. Am 23. 3. wird Schwindelgefühl und leichte Ohnmacht vermerkt, am 25. 4. mitunter Zuckungen im r. Bein und Arm.



Am 16. 5. war die Wunde geschlossen. Am 30. 5. ist erhebliche Besserung des Armes verzeichnet. Am 18. 7. wurde Schädelplastik gemacht. Am Tage darnach zweimal rechtsseitige klonische Krämpfe, dabei auch Sprache gestört. Am 22. 8. Bein wieder gebrauchsfähig wie vor der Operation. M. konnte aufstehen. Am 14. 9. heftige Krampfanfälle der gelähmten Seite. Klonische Zuckungen von 1¾ Stunden Dauer. In der Folgezeit mehrfach Klagen über Schlaflosigkeit und Kopfdruck. 24. 10. leichter Krampfanfall. 17. 11. keine Krampfanfälle, keine wesentlichen Kopfschmerzen. In der Lähmung keine Änderung. Arm-, Hand- und Fingerbewegungen r. nicht möglich, l. gut. Beinbewegungen: das r. kann gehoben werden, Bewegungen sehr wenig kräftig, Fußrollen unmöglich. Abwärtsbewegung der Zehen sehr unvollkommen. Spasmen in Schultergürtel-, Arm- und Oberschenkelmuskulatur r. Fußklonus r. Muß sich angeblich noch zuweilen auf Worte besinnen. (Konnte in den ersten Wochen angeblich gar nicht sprechen.) Keine merkliche Sprachstörungen. Gang sehr unsicher. Rechtes Bein stark paretisch, leicht spastisch. 18. 11. nur bei Witterungswechsel bis zu einer Stunde dauernde Kopfschmerzen am Abend, mit denen er einschlafe. Sonst außer dem schwerfälligen Gange keine Beschwerden. Patellarsehnenreflex, Trizeps- und Bizepsreflex sowie Fußsohlenreflex r. stärker als l. Rechtes Fußgelenk in leichter Beugestellung, aktiv unbeweglich. Beim Beugen des r. Knies spannender Widerstand. Am r. Ellenbogengelenk spastische Kontraktur in stumpfwinkeliger Beugestellung. Die r. Hand steht in Krallenform. Besucht die Schule und lernt Linksschreiben.

Am 24. 10. 16 verkaufte er sein Dachdeckergeschäft. Dabei ist die Bedingung gestellt, daß er als Platzmeister angestellt wird. In dieser Stellung hatte er Material für 40 Arbeiter auszugeben und deren Arbeit zu beaufsichtigen. Am 27. 11. 16 fuhr er auf Heimaturlaub auf ca. 1 Monat, um seine Geschäftsbücher zu regeln und sich als Platzmeister in seinem früheren Geschäft einzuarbeiten. 6. 1. 17. Hat seine Geschäftspapiere geregelt, seinem Vater bei der Buchführung geholfen und sich eine Stelle als Platzmeister in seinem früheren Geschäft gesichert. Am heiligen Abend beim Abendbrot erlitt er aber zu Hause vier Anfälle von Krämpfen, eingeleitet durch Übelsein und Irrereden. Er kam ins Krankenhaus und von dort wieder zurück in das Marinelazarett Hamburg. Fühlt sich nicht mehr so mobil wie früher. Zeitweilige Kopfschmerzen und Schwindelanfälle; es werde ihm für eine Minute schwarz vor den Augen, so daß er sich hinsetzen müsse. Ferner zuweilen geringe Kopfschmerzen und in Abständen von 2—12 Tagen schüttelndes Nervenzucken am r. Arm von ½ bis 3 Stunden Dauer. Im Lazarett W. (Aufnahme 25. 12. 16) gab M. noch an, seit der plastischen Operation seien zuweilen, durchschnittlich alle 4—5 Wochen, Anfälle aufgetreten. Er fühle sich schlecht, fange an, irre zu reden, verliere das Bewußtsein und falle hin. Die gelähmte Seite gerate in Zuckungen. Er bleibe etwa 1 Stunde bewußtlos. Auch die Zuckungen sollen ¼ bis ½ Stunde dauern. Weihnachten 16 habe er auch einen derartigen Anfall



gehabt, der sich im Laufe der Nacht noch viermal wiederholt habe. Während dieses Anfalles habe er sich auch zum erstenmal, seit diese Anfälle beständen, auf die Zunge gebissen und die Kleider genäßt.

Die Intelligenzprüfung zeigte gute Resultate. Die Merkfähigkeit schien herabgesetzt. Eine vierstellige Zahl wurde bei Ablenkung nach 30 Sekunden nicht wiedergegeben. Eine siebenstellige Zahl ohne Ablenkung wurde gut behalten. Im Lazarett W. hatten sich die Anfälle nicht wiederholt. Der körperliche Befund war der gleiche wie früher.

Dann erfolgte wieder die Versetzung in das Marinelazarett H. 5. 1. 17: Klagen: Zeitweilig werde ihm 1 Minute schwarz vor den Augen, so daß er sich hinsetzen müsse. Zeitweilig geringe Kopfschmerzen usw., leicht gedrückte Stimmung. 20. 1.: Aus der Fistel der Kopfwunde kam ein kleiner Knochensplitter heraus. 30. 1.: Seit den Krämpfen am Weihnachtabend tropfe ihm der Urin von selbst ab, und zwar beginne das schon 5 Minuten nach dem Wasserlassen. 9. 2.: kann den Urin wieder halten, aber nicht so lange wie früher. 18. 2. 17: geht zum Schreibmaschinenunterricht bei den Adler-Werken. 12. 3.: Urlaub abgelehnt, weil wegen Ausbleibens über die ganze Nacht bestraft. 30. 4.: Gestern abend (nachdem er die vorhergehenden Tage schon in Arbeit stand als Portefeuiller — Bedienen von Maschinen zum Nähen von Brief- und Geldtaschen und zur Herausgabe von Material —) nach dem Essen bei seinen Verwandten in der Stadt Krampfanfall, der 20 Minuten gedauert haben soll. 1 Stunde darnach momentane Bewußtlosigkeit. Nach dem Krampfanfall Gefühl allgemeiner Schwäche, keine Kopfschmerzen. Aus der Fistel trat heute ein linsengroßer Knochensplitter heraus. 31. 5.: arbeitet wieder als Portefeuiller. Auf der Hinreise nach Frankfurt spürte er in der Bahn Vorboten eines epileptischen Anfalles, stieg in B. aus und bekam im Hotel von 7—10 Uhr angeblich 4 Anfälle. Überführung ins dortige Reservelazarett. 1. 6.: Aus der Fistel wird ein 1½ cm langer und 1 cm breiter, dünner Knochensplitter entfernt. 4. 6.: Gestern ohne Urlaub in die Stadt gegangen und abends kurz vor 11 Uhr in einem Kaffee von Krämpfen befallen. Kam etwas nach 12 Uhr wieder zu sich, wurde durch Auto in das Lazarett geschafft. 5. 6.: Seit dem Anfall so schwach auf den Beinen, daß das r. Bein beim Gehen einknickt und das Gehen ohne Unterstützung nicht möglich ist. 7. 6.: In der Nacht zum 6. 6. epileptischer Anfall. Heute wieder vollkräftig auf dem r. Bein.

Blatt 71 der Rentenakten heißt es: M. hat die ihm von der hiesigen Kriegsbeschädigtenfürsorge gebotenen Ausbildungsmöglichkeiten mit ernstem Willen ausgenutzt, um sich für einen neuen Beruf vorzubereiten, und ist brauchbar zum Beamten.

Im marineärztlichen Zeugnis vom 8. 6. 17 steht unter anderem: Zeitweilig leichte Kopfschmerzen und leichte Schwindelerscheinungen, in letzter Zeit erheblich nachlassend. Gedächtniskraft und Merkfähigkeit nicht nachweisbar herabgesetzt. Sprache nicht gestört. Die Erwerbsunfähigkeit infolge der Lähmungen usw. wurde auf 85% angesetzt.



Auf der Station für Hirnverletzte befand sich M. mit Unterbrechung vom 22. 5. bis 1. 8. 18 zum Zwecke der Begutachtung der Kapitalisierung seiner Rente. Er zeigte hier die schon früher mehrfach beschriebene schwere spastische Hemiparese mit Sensibilitätsstörungen rechts. Anfälle wurden während des Lazarettaufenthaltes nicht beobachtet. Die genaue psychologische Untersuchung wies gute Intelligenz, gesteigerte Emotivität und Ermüdbarkeit, Herabsetzung der Leistungen beim Einprägen mechanischen Gedächtnisstoffes, keinerlei grobe Gedächtnisstörungen auf. Das von der Psychiatrischen Klinik (Prof. *Rüdin*) erstellte Gutachten betonte: Wie aus der Vorgeschichte hervorgehe, sei M. von jeher in seinem Triebleben insofern nicht ganz normal gewesen, als er sich durch minderjährige Mädchen geschlechtlich erregt fühle und dann nur schwer oder gar nicht die Willenskraft finde, entsprechenden Handlungen zu widerstehen. Diese Neigung sei zum erstenmal nach Angaben des M. in seinem 24. Lebensjahre hervorgetreten und seither nicht mehr geschwunden. Eine gewisse Willensschwäche sei auch bei dem Diebstahldelikt hervorgetreten. Die ihm jetzt zur Last gelegten Handlungen erklären sich nach Ansicht des Gutachters durch die von früher her gegebene Veranlagung. Inzwischen habe M. die schwere Hirnverletzung erlitten, die eine spastische Parese und Rindenepilepsie gezeitigt habe. Aber auch die Rindenepilepsie sei keine Geisteskrankheit im gewöhnlichen und forensischen Sinne. Sie sei im wesentlichen die Störung einer begrenzten Zone (motorische Region des Gehirns) und störe die Befallenen zwar mehr oder minder schwer in ihrem Erwerbsleben, bedinge aber an sich keine allgemeine geistige Reduktion oder Geistesstörungen. Die an M. gemachten Beobachtungen zeigten keinerlei Anzeichen für gröbere Ausfallerscheinungen, geistige Störungen oder Bewußtseinstrübungen. Die neuerlichen sittlichen Verfehlungen des M. unterscheiden sich in keiner Weise von den früher bei ihm festgestellten. Das Gutachten betonte, 1. daß M. von Hause aus eine etwas willensschwache, sexuell abnorm veranlagte, psychopathische Persönlichkeit sei, 2. daß er nicht geisteskrank sei, aber an Rinden- oder *Jackson*scher Epilepsie infolge Kopfschuß leide, 3. daß sich keine Anhaltspunkte fanden, welche für eine die freie Willensbestimmung ausschließende Bewußtlosigkeit oder krankhafte Störung der Geistestätigkeit (im Sinne des Gesetzes) zur Zeit der ihm jetzt zur Last gelegten strafbaren Handlungen sprechen würden.

M. wurde dementsprechend verurteilt, jedoch für nicht straferstehungsfähig erklärt.

Überschauen wir das vorgebrachte Material, so kommen wir mit Bezug auf die Kriminalität der Hirnverletzten zu folgenden Feststellungen: Von einer spezifischen Kriminalität der Hirnverletzten kann in einem größeren Umfange gesprochen werden bezüglich der Affektdelikte. Die bei vielen Hirnverletzten stark erhöhte Labilität, explosive Diathesen, Neigung zu Verstimmung,



triebhaftes Davonlaufen usw., kann besonders in entsprechendem Milieu (Rahmen des Heeres) zu kriminellen Handlungen führen. Auch in den allgemeinen Verhältnissen des bürgerlichen Lebens wird eine Reihe von Kranken wegen ihrer Neigung zu Explosionen nach der Richtung der Kriminalität hin gefährdet. Besonders dann wird hiermit zu rechnen sein, wenn etwa auch Einwirkungen des Alkohols die schon durch die Verletzung an und für sich gesetzte Neigung zu gemütlichen Ausbrüchen steigern.

Die forensische Beurteilung wird berücksichtigen müssen, daß durch traumatisch gesetzte Veränderungen zweifellos Zustände geschaffen werden können, welche den Bedingungen des § 51 entsprechen. Maßgebend für die forensische Beurteilung, die je nach Sachlage des Falles verschieden ausfallen wird, müssen sein: die Berücksichtigung der gesamten Persönlichkeit vor der Verletzung; die seit der Verletzung bestehenden Veränderungen; die Schwere der beobachteten affektiven Schwankungen und die Feststellungen über den Zustand zur Zeit der kriminellen Handlung. Wichtig ist weiterhin die Tatsache, daß in den ersten Monaten nach der Hirnverletzung eine stärkere, allgemeine psychische Erregbarkeit auf dem Gebiete der Affektivität angenommen werden darf. Für die Beurteilung anderer krimineller Handlungen als solcher, wie sie eben als typisch herausgehoben worden sind, wird noch in viel weitergehendem Maße die Berücksichtigung der Gesamtpersönlichkeit vor und nach der Verletzung maßgebend sein müssen. Gewiß wird es gelegentlich auch vorkommen, daß bei Eigentumsdelikten, Sexualdelikten usw. der durch die Hirnverletzung gesetzte Zustand (traumatische Schwäche bzw. Demenz, epileptische, insbesondere Dämmerzustände) einer Geisteskrankheit im Sinne des Gesetzes gleichgestellt werden kann. Jedoch wird es sich hier nur um vereinzelte Fälle handeln, von einer Spezifität der kriminellen Handlungen kann nicht gesprochen werden. Wie besonders der letzte der angeführten Fälle demonstriert, wird eine genaue Berücksichtigung der Gesamtpersönlichkeit vor und nach der Hirnverletzung nicht selten zu dem Urteil führen, daß die kriminellen Handlungen durch die Veränderungen infolge der Hirnverletzung nicht ausschlaggebend beeinflußt worden sind, jedoch wird auch in solchen Fällen im Auge behalten werden müssen, daß die Widerstandskraft gegen auftretende Impulse besonders in der ersten Zeit nach der Verletzung mehr oder minder



stark herabgesetzt ist. Diese allgemeinen Grundsätze gelten auch für die Beurteilung Aphasischer und Agnostischer, bei denen natürlich die Analyse der Gesamtpersönlichkeit eine besonders sorgfältige sein muß.

Schreiten wir nun aus diesen Feststellungen zu praktischen Vorschlägen, so werden wir zunächst der Verhütung der Kriminalität unter unseren Hirnverletzten einige Aufmerksamkeit widmen müssen. Da die Zahl der auch schwer Hirnverletzten, die wir wieder ins Leben hinaussenden, eine recht beträchtliche ist, so wird bei der starken affektiven Labilität dieser Invaliden besonders, wenn sie der Einwirkung des Alkohols ausgesetzt sind, mit einer größeren Zahl von Affektdelikten gerechnet werden müssen. Hier wird der Konnex mit der Fürsorgestation für Hirnverletzte, der ja auch aus andern Gründen aufrechterhalten werden soll, prophylaktisch Gutes wirken können, insbesondere durch die Erziehung zur Vermeidung des Alkoholmißbrauches und durch die Durchführung einer allgemeinen sozialen Hygiene für diese Kategorie von Schwergeschädigen. Wenn wir ferner auch die schwereren Fälle werden exkulpieren müssen, so werden wir uns doch hüten, den Kranken bezüglich solcher Handlungen einen Freibrief auszustellen oder bei ihnen das Gefühl zu erwecken, daß sie einen solchen Freibrief besitzen.

Wir wissen aus früheren und insbesondere auch aus jetzt gemachten Erfahrungen, daß die Kranken erziehbar sind, und werden nach dieser Richtung hin von einer bedingten Begnadigung, ev. von einer Neuaufnahme in der Fürsorgestation Erfolg erwarten dürfen.

Für schwerere Fälle käme eine längere bzw. Daueraufnahme in die Fürsorgeanstalt bzw. in die mit ihr verbundene Kolonie in Betracht, nur für ganz schwere Fälle die Aufnahme in eine Irrenanstalt. Für die übrigen skizzierten Arten von Delikten käme sinngemäß entsprechende Anwendung der entwickelten Grundsätze in Betracht. Nichtstraferstehungsfähige Kranke, dauernd Rückfällige, kriminell Schwachsinnige, Epileptiker mit kriminellen Neigungen wären längere Zeit bzw. dauernd in entsprechenden Anstalten zu versorgen.

Für Rechtsfragen bürgerlicher Art ist aus dem bisher Vorgelegten die Folgerung leicht zu ziehen. Sie entsprechen im wesentlichen bisher Geübtem. Für die Aphasischen ist in den Fällen der Hilfs- und Wartbedürftigkeit die Einrichtung der Pflegschaft in besonderem Umfange in Anwendung zu bringen.



Über senile Epilepsie, insbesondere deren Beziehungen zur senilen Demenz und der sogenannten Alzheimerschen Krankheit.

Von

Professor Dr. **Emil Redlich** in Wien.

Die senile Epilepsie, d. h. das erstmalige Auftreten epileptischer Anfälle im Greisenalter, hat seit langem das besondere Interesse der Psychiater und Neurologen erregt, schon deswegen, weil die chronische Epilepsie, nach dem üblichen Sprachgebrauch die genuine Epilepsie, wie sich übereinstimmend aus der allgemeinen Empfindung der Ärzte und aus den vorliegenden Statistiken ergibt, in der allergrößten Mehrzahl der Fälle eine Erkrankung des jugendlichen, zum Teil sogar direkt des kindlichen Alters darstellt. Das Auftreten epileptischer Anfälle in späteren Lebensepochen, zumal im Greisenalter, mußte daher auffällig erscheinen und wurde besonders vermerkt.

So schwer es auch sonst hält, zu bestimmen, von welchem Zeitpunkt ab man bei einem bestimmten Individuum vom Greisenalter sprechen kann, da ja das Einsetzen der als sicher senil zu bezeichnenden körperlichen und psychischen Merkmale nicht nur vom Alter, sondern auch von einer Menge individueller, zum Teil konstitutioneller Faktoren abhängt, so wenig läßt sich präzise bestimmen, von wann an man von einer senilen Epilepsie sprechen soll. Ich habe in einer früheren Arbeit [1]) in Übereinstimmung mit *Kowalevsky*, *Marchand* und *Nouet* u. a. vorgeschlagen, die Fälle von Epilepsie, welche erst nach dem 60. Jahre auftreten, als senile zu bezeichnen. Das bedingt, wie offenkundig, eine gewisse Willkürlichkeit, aber sonst müßte jeder einzelne Fall erst noch individuell daraufhin untersucht werden, ob man schon von einer senilen Involution sprechen kann, und das wäre nicht immer

[1]) *Redlich*, Über senile Epilepsie. Wien. med. Wschr. 1900, S. 609.



leicht zu entscheiden. Bleiben wir also beim 60. Lebensjahr als dem entscheidenden, so ergibt sich, daß die Zahl der Fälle von seniler Epilepsie nicht einmal so klein ist, als man zunächst erwarten sollte. Das ergibt sich aus den verschiedenen Statistiken über die Häufigkeit der Epilepsie nach dem Einsetzen der Anfälle in den einzelnen Jahren. *Delasiauve* z. B. hat in seiner Statistik über 3% (unter 285 Fällen 10) mit Beginn der Anfälle nach dem 60. Jahre, was aber über den gewöhnlichen Durchschnitt hinausgeht, der sich im allgemeinen zwischen 0,5—1,0% bewegt. Es seien diesbezüglich einige Zahlen genannt; so hat *Leuret* 0,9% senile Epilepsie im oben erwähnten Sinne, *Beau* 0,47, *Hasse* 0,4, *Gowers* 0,5, *Turner* 0,5, *Kreidl* 0,4, *Wolffenstein* 0,74, *Kraepelin* [1]) 0,84% mit Beginn zwischen dem 60.—70. Jahr und 0,3% nach dem 70. Jahre, *Starr* zwischen 60—70 Jahren 1,1%, nach dem 70. Jahre 0,1%. Dabei gibt es Fälle, wo erst in einem extremen Alter epileptische Anfälle einsetzen; *Trousseau* z. B. erwähnt zwei Fälle mit Beginn im 73. bzw. 80. Jahre, *Lüth* [2]) einen, wo sie erst im 80. Jahre einsetzten, *Schupfer* [3]) einen mit 77 Jahren.

Einen in diesem Sinne besonders bemerkenswerten Fall habe ich erst kürzlich pro consilio mit Herrn Dr. *Wilhelm* gesehen.

Es handelt sich um einen 84jährigen, hereditär nicht belasteten Mann, der früher stets gesund gewesen war, Lues und Alkoholabusus in Abrede stellt, ebenso Schädeltraumen oder apoplektische Insulte. Bei dem bis dahin geistig recht frischen, körperlich rüstigen Manne traten zum ersten Male mit 83 Jahren epileptische Anfälle auf, die sich seitdem wiederholten, anfänglich in größeren Zwischenräumen von 2—3 Monaten, später etwas häufiger, in der letzten Zeit gelegentlich selbst mehrmals innerhalb 24 Stunden. Die Anfälle treten immer aus dem Schlaf heraus auf, beginnen mit Schluck- und Kaubewegungen, wodurch die Umgebung des Kranken aufmerksam wird; dann erfolgt ein lauter Schrei, es treten Zuckungen am ganzen Körper auf, Zyanose des Gesichts, blutiger Schaum vor dem Munde. Dauer des Anfalls einige Minuten, worauf Pat. wieder einschläft. Pat. weiß vom Anfall nichts, auch nichts davon, was mit ihm nach dem Erwachen gesprochen wurde. Seit dem Bestehen der Anfälle hat das Gedächtnis des Pat. etwas nachgelassen, aber nicht in so hohem Maße, daß man von einer beginnenden senilen Demenz sprechen könnte. Auch macht sich seit einiger Zeit eine erhöhte Reizbarkeit geltend.

[1]) *Kraepelin*, Psychiatrie. , 8. Aufl., Bd. 3, S. 1107.

[2]) *Lüth*, Die Spätepilepsie. Ztschr. f. Psych. Bd. 56, 1899, S. 512.

[3]) *Schupfer*, Die senile und kardiovasale Epilepsie. Mnschr. f. Psychiatr. Bd. 7, 1900, S. 282.



Die körperliche Untersuchung ergibt bei dem mittelgroßen, ziemlich kräftig gebauten Pat.: Die Pupillen sind gleich, reagieren prompt auf Licht und Konvergenz. Der r. Fazialis ist etwas schlechter innerviert als der l., die Zunge wird gerade vorgestreckt. Die Sehnenreflexe sind gleich, desgleichen die Hautreflexe. Kein Romberg. Deutliche Akzentuierung des zweiten Aortentons, die peripheren Arterien etwas, aber nicht in besonders hohem Maße rigide. Im Harn keine pathologischen Bestandteile.

Nach einer mir mehrere Monate später zugekommenen Mitteilung hatte Pat. auf die verordneten Medikamente (täglich 2,0 g Bromnatrium + 1,0 Jodnatrium, letzteres abwechselnd mit 1,0 Diuretin) zunächst eine längere Pause, worauf wieder drei Anfälle auftraten. Im übrigen ist das Befinden des Pat. in somatischer und psychischer Beziehung unverändert geblieben; Pat. macht täglich einen längeren Spaziergang, fühlt sich auch sonst relativ wohl.

Bezüglich der Verteilung auf die Geschlechter sei erwähnt, daß nach übereinstimmenden Angaben, die ich bestätigen kann, Männer wesentlich häufiger an seniler Epilepsie erkranken als Frauen (siehe übrigens darüber auch später).

Für die Ätiologie und Pathogenese dieser Fälle von Epilepsie haben wir mit der Feststellung, daß epileptische Anfälle, auch eine chronische Epilepsie, erst im Greisenalter zur Entwicklung kommen kann, zunächst natürlich noch nichts gewonnen. Freilich gibt es Fälle seniler Epilepsie, die sich in ätiologischer Hinsicht so verhalten wie die Fälle chronischer Epilepsie, die als Typus der sogenannten genuinen Epilepsie gelten, d. h. wo sich ätiologisch, insbesondere in bezug auf die Wirksamkeit exogener Faktoren, nichts Wesentliches ermitteln läßt. Ja, in manchen solchen Fällen wird sogar die Heredität als wichtig genannt. Eine ganze Reihe von Autoren hat auch für die senile Epilepsie die hereditäre Belastung ätiologisch in den Vordergrund gestellt, z. B. *Maupathé*, *Delanef*, *Féré*, *Binswanger*, *Finkh* [1]) (in dessen Material freilich die Fälle sogenannter Spätepilepsie über die eigentliche senile Epilepsie überwiegen). Es ist freilich nicht leicht zu verstehen, daß eine hereditäre Disposition zur Epilepsie die Zeit der Geschlechtsreife, das tätige Mannesalter, überdauern soll, ohne den Ausbruch einer Epilepsie zu bedingen, und erst im späten Alter in Wirksamkeit treten soll; aber es gibt immerhin Fälle, wo eine solche Annahme nahe-

[1]) *Fnkh*, Beiträge zur Lehre von der Epilepsie. Arch. f. Psych. Bd. 39, 1904, S. 904.



liegt, wie in einem selbst beobachteten Falle, den ich früher (a. a. O.) erwähnt habe.

Bei dem Vater des Pat. traten nach dem 60. Jahre epileptische Anfälle auf; er starb nach zehnjähriger Dauer der Anfälle in einem epileptischen Anfall. Der Kranke selbst litt seit dem 56. Jahre an epileptischen Anfällen, die manchmal durch ein eigentümliches Fremdheitsgefühl, die Empfindung, als ob er das Gedächtnis verloren habe, ersetzt waren. Er starb mit 65 Jahren in einem apoplektischen Insult. Interessant ist, daß auch ein Sohn dieses Kranken nach einer Schußverletzung des Schädels an epileptischen Anfällen litt und in einem solchen starb.

In einzelnen hierhergehörigen Fällen läßt auch die anatomisch-histologische Untersuchung des Gehirns gröbere Erkrankungen vermissen, so daß man, wenn man eine genuine Epilepsie überhaupt anerkennt, eine senile genuine Epilepsie gelten lassen muß.

Aber das sind schließlich doch nur Ausnahmefälle, in der Mehrzahl der Fälle seniler Epilepsie lassen sich bestimmte ätiologisch-pathogenetische Momente nachweisen, die für die Auslösung der Anfälle ausschlaggebend sind bzw. die epileptischen Anfälle als symptomatisch zu bezeichnen gestatten. Ein Einfluß des chronischen Alkoholismus, an den z. B. *Kraepelin* (a. a. O. Bd. II, S. 569) denkt, kommt für die Fälle, die ich sah, nicht in Betracht, auch die Literatur weiß darüber nicht viel zu berichten. Auch andere Intoxikationen dürften kaum eine Rolle spielen. Eher kommen Autointoxikationen, z. B. bei dem immerhin seltenen Vorkommen von epileptischen Anfällen beim Diabetes, in Frage. Es wird auch an die Möglichkeit zu denken sein, daß epileptische Anfälle, die im Senium auftreten, die erste Manifestation einer senilen Paralysis progressiva sind, ebenso wie man an die Möglichkeit einer sogenannten syphilitischen Epilepsie in solchen Fällen wird denken müssen. Für diese Fälle haben wir, abgesehen vom klinischen Befund, durch die neueren Untersuchungsmethoden des Blutes, vor allem des Liquors, genügend Anhaltspunkte gewonnen, die wohl meist die rechtzeitige Erkenntnis dieses Zusammenhangs gestatten dürften.

Ein Ausnahmefall dieser Art ist der eines 61 jährigen Mannes, den ich sah, mit den ausgesprochenen Erscheinungen von Arteriosklerose und Myokarditis. Wassermann im Blut positiv. Wiederholte Schmierkuren. Seit zwei Jahren Anfälle vom Jacksontypus, beginnend in der rechten oberen Extremität, manchmal in Bewußtlosigkeit übergehend. An den Tibien



Periostitis gummosa. Das Schädeldach auf Perkussion sehr empfindlich, im Röntgenbild deutliche Aufhellung der Schädelknochen.

In andern Fällen könnte ein Tumor cerebri in Frage kommen, zumal wir wissen, daß das Symptomenbild einer Gehirngeschwulst — es sei z. B. nur an die Geschwülste des Schläfenlappens u. a. erinnert — durch längere Zeit sich auf epileptische Anfälle beschränken kann. Noch mehr gilt dies vom Cysticercus cerebri, worüber die Literatur interessante Beispiele auch für senile Fälle bringt.

Beherrscht aber wird die Pathogenese der senilen Epilepsie in erster Linie durch deren Beziehungen zur Arteriosklerose. Das ergibt sich aus den Ausführungen der Mehrzahl der Autoren, die sich mit der senilen Epilepsie beschäftigt haben. Ich verweise diesbezüglich nur auf *Kraepelin*, *Schupfer*, *Lüth*, *Alzheimer*[1]) und meine obenerwähnte Arbeit über senile Epilepsie. Auch meine neueren Erfahrungen über senile Epilepsie zeigen mir, daß nahezu in allen Fällen seniler Epilepsie Erscheinungen ausgesprochener Arteriosklerose bestehen. Dabei kann der Zusammenhang zwischen Arteriosklerose und epileptischen Anfällen ein verschiedener sein. Einerseits ist an die bekannten Experimente von *Naunyn* zu erinnern, die in Anlehnung an *Kußmaul*, *Griesinger* zeigten, daß bei schwerer Arteriosklerose der Halsgefäße durch Kompression der Karotiden sich epileptische Anfälle auslösen lassen, wobei zweifellos Hirnanämie das auslösende Moment darstellt. Zu erwähnen wären auch noch die epileptiformen Anfälle beim *Adam-Stokes*schen Symptomenkomplex, dem Herzblock, der auch in der Mehrzahl der Fälle ältere Individuen betrifft. Viel wichtiger und häufiger sind aber epileptische Anfälle, die durch vaskuläre Vorgänge im Gehirn, Blutungs- und Erweichungsprozesse ausgelöst werden. In diesen Fällen wird sich klinisch aus der Anamnese (nach vorausgegangenen Schwindelanfällen Eintritt von Lähmungserscheinungen meist unter apoplektischem Insult), dann durch den Befund (mehr minder ausgesprochene Lähmungserscheinungen in Form von Hemiplegien oder Hemiparesen) die Diagnose stellen lassen; oft haben auch die Anfälle *Jackson*-Typus oder beginnen wenigstens halbseitig. Auch in psychischer Beziehung sind diese Fälle in vorgerückten Stadien meist durch die Erscheinungen der arteriosklerotischen Demenz

[1]) *Alzheimer*, Die Seelenstörungen auf arteriosklerotischer Grundlage. Ztschr. f. Psych. Bd. 59, 1901, S. 709.



charakterisiert, worüber näheres bei *Alzheimer* und *Kraepelin* zu finden ist. In andern Fällen aber handelt es sich um mehr diffuse Schädigungen des Gehirns durch die Arteriosklerose, die für die Pathogenese der senilen Epilepsie verantwortlich zu machen sind. Für den Psychiater von besonderem Interesse sind jene Fälle seniler Epilepsie bzw. epileptischer Anfälle bei älteren Individuen, die im Rahmen der senilen Demenz auftreten. Mit ihnen wollen wir uns hier etwas genauer beschäftigen. Schon bei *Schupfer*, noch mehr bei *Lüth* finden sich einzelne solche Fälle verzeichnet. In einem im Jahre 1898 erschienenen kurzen Aufsatz [1]) habe ich zwei Fälle von seniler Demenz beschrieben, bei denen auch epileptische Anfälle auftraten, und bei denen ich bei der mikroskopischen Untersuchung eigenartige Veränderungen der Hirnrinde fand, die mir als bisher nicht beschrieben imponierten, und die ich als miliare Sklerose bezeichnete. *Alzheimer* und später insbesondere *Fischer* haben durch Heranziehung der *Bielschowsky*schen Silberfärbung die Häufigkeit dieses Befundes bei der senilen Demenz nachweisen können. Es hat sich an diese Arbeiten eine ungemein reiche, wirklich internationale Literatur angeschlossen, auf die ich hier nicht näher eingehen will, da ich mir dies auf Grund neuerer Untersuchungen für eine spätere Arbeit vorbehalte. Dort soll auch die Frage berührt werden, ob diese heute meist als *Redlich-Fischer*sche Plaques oder besser noch nach dem Vorschlage von *Simchowicz* [2]) als senile Plaques bezeichneten eigenartigen pathologisch-histologischen Bildungen für die senile Demenz als solche charakteristisch sind, oder ob sie nur bestimmten Formen derselben, wie dies *Fischer* will, der Presbyophrenie oder der presbyophrenen Demenz, zukommen.

Hier sollen uns nur die Beziehungen dieser Veränderungen zur senilen Epilepsie beschäftigen.

Schon *Blocq* und *Marinesco* [3]) hatten in einem Falle von Epilepsie, über dessen Alter freilich nichts angegeben ist, anscheinend etwas Ähnliches gesehen, wie dies auch *Marinesco* in einer späteren Arbeit bestätigt. In meinen Fällen handelte es sich um zwei Frauen im Alter von 78 bzw. 61

[1]) *Redlich*, Über miliare Sklerose der Hirnrinde bei seniler Atrophie. Jahrb. f. Psych. Bd. 17, 1898, S. 208.

[2]) *Simchowicz*, Histologische Studien über die senile Demenz. *Nißl-Alzheimers* Arbeiten Bd. 4, 1911, S. 368.

[3]) *Blocq* und *Marinesco*, Sur les lésions et la pathogénie de l'épilepsie dite essentielle. La semaine médicale 1892, S. 445.



Jahren mit den Erscheinungen fortgeschrittener seniler Demenz und asemischen Erscheinungen, bei denen seit dem 74. bzw. 54. Jahre typische epileptische Anfälle mit Bewußtlosigkeit und allgemeinen Krämpfen wiederholt aufgetreten waren. Ich hatte die Möglichkeit erwogen, daß die Anfälle durch die auffälligen histologischen Veränderungen, die ein Reizmoment für die Rinde darstellen, ausgelöst seien. In der Folgezeit beschrieben *Seiler*[1]) und *Léri*[2]) je einen hierhergehörigen Fall von seniler Demenz mit epileptischen Anfällen bei einem 74jährigen (Beginn der Anfälle mit 58 Jahren) bzw. einem 61jährigen Manne. Auch *Hübner*[3]) erwähnt kurz einen Fall von seniler Epilepsie, wo sich solche Plaques, und zwar besonders reichlich im Ammonshorn, fanden, ebenso *Simchowicz* (a. a. O.). *Fischer*[4]) hat unter seinem Material drei Fälle von „presbyophrener Demenz" mit zahlreichen senilen Plaques und epileptischen Anfällen. Leider finden sich darüber nur ganz kurze Notizen angegeben. Es handelte sich um einen 64jährigen Mann, bei dem ein epileptischer Anfall beobachtet wurde (Fall 1), dann eine 76jährige Frau mit zeitweiligem Auftreten von epileptischen Anfällen (Fall 7), endlich um einen 73jährigen Mann (Fall 17), wo epileptische Anfälle beobachtet wurden. Von den von *Betts*[5]) beschriebenen Fällen hatte eine Frau (75 Jahre alt) wiederholt Ohnmachtsanfälle, in einem zweiten Falle (78jährige Frau) traten mit 74 Jahren epileptische Anfälle auf, die sich seitdem 2—6mal im Monate wiederholten. Auch bei *Schönfeld*[6]) ist ein Fall (Fall 16) mit epileptischen Anfällen erwähnt.

So wäre denn tatsächlich ein nicht unbeträchtliches Material zusammengetragen, das zugunsten meiner damals ausgesprochenen Ansicht, wonach diese eigentümlichen Bildungen eine Beziehung zum Auftreten epileptischer Anfälle im Greisenalter haben dürften, sprechen würde. Nichtsdestoweniger hatte ich selbst mich in meinem im Jahre 1900 erschienenen Aufsatz über senile Epilepsie (a. a. O.) über diesen Punkt etwas zurückhaltender geäußert, schon deswegen, weil nicht

[1]) *Seiler*, Über Spätepilepsie. Diss. Leipzig 1901.

[2]) *Léri* Le cerveau sénile. Lille 1906.

[3]) *Hübner*, Zur Histopathologie der senilen Hirnrinde. Arch. f. Psychiatr. Bd. 46, 1909, pag. 598.

[4]) *Fischer*, Ein weiterer Beitrag zur Klinik und Pathologie der presbyophrenen Demenz. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. Orig. Bd. 12, 1912, pag. 99.

[5]) *Betts*, On the occurence of nodular necrosis. Amer. Journ. of insanity. Bd. 68, 1911, pag. 43.

[6]) *Schönfeld*, Über Vorkommen und Bedeutung der drusigen Bildungen (Sphärotrichien) in der Hirnrinde. Mtschr. f. Psych. Bd. 36, 1914, S. 342.



alle Fälle von seniler Epilepsie einen solchen histologischen Befund aufweisen, ein Umstand, den ich heute nicht mehr so hoch werten würde, weil ich damals noch nicht über die *Bielschowsky*-Methode verfügte, die auch die Anwesenheit nur vereinzelter Plaques nachzuweisen gestattet, während die von mir seinerzeit in Anwendung gezogene Karminfärbung diese Plaques nur, wenn sie sehr zahlreich sind, aufdeckt.

Inzwischen hat die Frage noch nach anderer Richtung hin eine Beleuchtung gefunden, indem auch bei den von *Alzheimer* beschriebenen „eigenartigen Krankheitsfällen im späteren Alter", die *Kraepelin* *Alzheimer*sche Krankheit zu nennen vorgeschlagen hat, epileptische Anfälle nicht allzu selten sind, wie dies *Kraepelin* selbst, *Fischer* und *Spielmeyer*[1]) betonen. Indem ich mir eine genauere Besprechung dieser Fälle auch für später vorbehalte, will ich nur in Übereinstimmung mit *Alzheimer* selbst betonen, daß es sich hier wohl um eine atypische Form der senilen Demenz handeln dürfte, die zu dieser etwa in dem Verhältnis steht wie die *Lissauer*sche Paralyse zur gewöhnlichen progressiven Paralyse. Als wesentlich kann für diese Fälle zunächst gelten, daß die Erscheinungen oft schon präsenil auftreten, wiewohl typische Fälle auch erst im eigentlichen Senium sich entwickeln können. Im klinischen Bilde machen sich neben den Erscheinungen der senilen Demenz vor allem schwere asemische Symptome (aphasisch-agnostisch-apraktischer Art) geltend. Histologisch sind die Fälle durch das besonders reichliche Auftreten von senilen Plaques, oft auch in einer von der gewöhnlichen senilen Demenz abweichenden Lokalisation, vor allem aber durch die zuerst von *Alzheimer* beschriebene, von *Bielschowsky* als grobsträhnig bezeichnete Fibrillendegeneration charakterisiert. Soweit eine nachträgliche Beurteilung möglich ist, möchte ich nicht zweifeln, daß meine seinerzeit publizierten Fälle mit senilen Plaques trotz ihrem hohen Alter als *Alzheimer*sche Fälle zu bezeichnen wären. Dafür spricht, daß bei ihnen die asemischen, speziell die aphasischen Symptome einen ganz extremen Grad erreichten, so daß sie direkt den Eindruck von Herdsymptomen machten, was aber durch die Obduktion sich als unberech-

[1]) *Spielmeyer*, Handbuch der Psychiatrie von *Aschaffenburg*. Spez. Teil, 5. Abteilung.



tigt erwies. Ich gebe hier eine kurze Rekapitulation der Krankengeschichten, wie ich sie seinerzeit veröffentlicht habe.

Der erste Fall betrifft eine 78jährige Frau, die seit dem 71. Jahre Zeichen von seniler Demenz darbot, die während der mehrjährigen Beobachtung weitere Fortschritte zeigte und zu sehr ausgesprochenen asymbolisch-apraktischen Erscheinungen führte. Eine ursprünglich nur angedeutete Sprachstörung vom Charakter der bei der senilen Demenz sehr häufigen amnestischen Aphasie steigerte sich allmählich bis zum nahezu totalen Unvermögen, zu sprechen, wobei auch das Sprachverständnis weitgehende Störungen zeigte. Deutliche Lähmungserscheinungen fehlten. Mit 77 Jahren traten zum erstenmal epileptische Anfälle mit Bewußtlosigkeit und klonischen Zuckungen auf, die sich auch in der Folgezeit öfters wiederholten, über deren Erscheinungsweise aus eigener Beobachtung leider keine Angaben vorliegen.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine Frau von 60 Jahren, bei der seit dem 56. Jahr Erscheinungen einer fortschreitenden senilen Demenz bestanden. Dabei Sprachstörung, anfänglich Paraphasie mit gestörtem Sprachverständnis, die in der Folge eine sehr intensive Verschärfung erfuhr. Auch hier entwickelte sich schließlich totale Aphasie. Außerdem war die Kranke vollständig desorientiert, bot deutliche Zeichen von Asymbolie und Apraxie dar, war in der Apperzeption und Verwertung von Sinneseindrücken sehr stark beeinträchtigt. Seit dem 54. Jahr epileptische Anfälle, die sich in der Folge in Zwischenräumen von 5—14 Tagen wiederholten, gelegentlich auch gehäuft auftraten.

Mit der Zuweisung dieser Fälle zu dem von *Alzheimer* beschriebenen Typus seniler Demenz würde auch die ungemein große Zahl der senilen Plaques sprechen, wie mir auch die nachträgliche Durchmusterung der Präparate wieder zeigte (im ersten Falle sind sie u. a. auch im Ammonshorn ungemein zahlreich). Der Nachweis der charakteristischen *Alzheimer*schen Fibrillenveränderung ist natürlich nicht mehr zu erbringen.

Auch bei andern Fällen dieses Typus sind, wie erwähnt, epileptische Anfälle verzeichnet. Meist handelt es sich dabei — leider sind die diesbezüglichen Angaben nur ganz kurz gehalten — nur um vereinzelte Anfälle. Ich will, was ich diesbezüglich finden konnte, hier zusammenstellen.

Alzheimer selbst [1]) hat einen solchen Fall beschrieben, einen 56jährigen Mann betreffend, bei dem zum Schluß epileptische Anfälle auftraten.

[1]) *Alzheimer*, Über eigenartige Krankheitsfälle im späteren Alter. Ztschr. f. d. ges. Neurol. Orig.-Bd. 4, 1911, S. 350.



Auch von *Kraepelins* Fällen hatten mehrere vereinzelte Anfälle. *Fuller* hat zwei hierhergehörige Fälle beschrieben, einen 59jährigen Mann [1]), bei dem kurze Perioden von Bewußtlosigkeit oder traumartigen Zuständen sich einstellten. Bei einem zweiten Fall [2]), einem 56jährigen Manne, traten, nachdem schon vorher Perioden von Bewußtseinstrübung von einigen Minuten Dauer sich gezeigt hatten, unmittelbar ante exitum umschriebene Zuckungen in der linken Schultermuskulatur, von Atem- und Schluckbeschwerden begleitet, auf. Ein Fall von *Barret* [3]) ist in bezug auf das Alter ungewöhnlich; er betrifft einen erst 35jährigen Mann (s. übrigens eine analoge Beobachtung von *Schnitzler*). Hier traten durch längere Zeit wiederholt epileptische Anfälle auf. *Fischer* (a. a. O.) hat drei Fälle vom *Alzheimer*-Typus mit Anfällen beschrieben: eine 73jährige Frau (seit dem 69. Jahre Erscheinungen seniler Demenz, seit drei Jahren Absence-Zustände, später auch allgemeine epileptische Anfälle, in deren Gefolge die Pat. auch zugrunde ging), dann eine 53jährige Frau (seit dem 49. Jahre senile Demenz, später epileptiforme Anfälle, die sich wiederholten), endlich eine 65jährige Frau, wo ein allgemeiner epileptischer Anfall beobachtet wurde.

Dann wäre *Ziveri* [4]) zu erwähnen, der eine 65jährige Frau beschrieb, die seit 4 Jahren Erscheinungen seniler Demenz und asemische Erscheinungen zeigte. Zwar fehlten hier wirkliche epileptische Anfälle, aber es sind in der Krankengeschichte vorübergehende Bewußtseinsstörungen erwähnt. Von *Schönfelds* Fällen (a. a. O.) heißt es bei Fall 4, einer 79jährigen Frau (histologisch Plaques und Fibrillendegeneration), daß sie epileptische Anfälle gehabt habe. Auch von *Siggs* [5]) Fällen ist bei Fall 1, einer 86jährigen Frau, das Auftreten von epileptiformen Anfällen verzeichnet.

Ich will durchaus nicht behaupten, in meiner Aufzählung vollständig zu sein; die außerdeutsche Literatur z. B. ist mir vorläufig leider nur bis zum Kriegsausbruch zugänglich. Aber schon das vorgebrachte Material wird die Behauptung gerechtfertigt erscheinen lassen, daß epileptische Anfälle tatsächlich nicht selten zu den klinischen Erscheinungen der durch senile Plaques und Fibrillendegeneration charak-

[1]) *Fuller*, Alzheimer Disease. The Journal of nerv. and mental dis. Bd. 19.

[2]) *Fuller*, Ein Fall der *Alzheimer*schen Krankheit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. Orig.-Bd. 11, 1913, S. 158.

[3]) *Barret*, A case of *Alzheimer* disease. The Journ. of nerv. and mental disease, 1913.

[4]) *Ziveri*, Ref. Ztschr. f. d. ges. Neurol. Ref. Bd. 6, S. 309.

[5]) *Sigg*, Versuch einer retrospektiven Diagnostik der senilen Psychose nach dem Drusenbefunde. Ztschr. f. d. ges. Neurol. Orig. Bd. 24, S 453.



terisierten Fälle seniler Demenz gehören, insbesondere, wenn wir die relativ geringe Zahl der bisher beschriebenen Fälle in Betracht ziehen.

In klinischer Beziehung wäre u. a. hervorzuheben, daß sowohl in den Fällen vom *Alzheimer*-Typus wie denen der senilen Demenz mit Plaques und epileptischen Anfällen die Frauen über die Männer überwiegen, während sonst, wie wir oben erwähnt haben, bei der senilen Epilepsie sich mehr Männer als Frauen finden.

Trotz des Dunkels, das über der Pathologie und pathologischen Anatomie der Epilepsie noch immer lastet, wird man kaum zweifeln können, daß die epileptischen Anfälle in unseren Fällen in einer mehr oder minder direkten Beziehung zu dem auffälligen histologischen Bilde, das die Hirnrinde darbietet, stehen dürften. Diesen Zusammenhang klarzustellen, wird die Aufgabe künftiger Bearbeitung solcher Fälle sein. Wenn die Fälle vom *Alzheimer*-Typus relativ häufiger epileptische Anfälle haben als die, wo bloß senile Plaques sich finden, so dürfte das meines Erachtens weniger an der eigentümlichen Ganglienzellenveränderung liegen; denn es hält schwer, gerade diese mit dem Auftreten epileptischer Anfälle in Verbindung zu bringen, zumal meist in erster Linie und am intensivsten die kleineren Ganglienzellen die grobsträhnige Fibrillendegeneration zeigen. Wohl aber dürfte es Bedeutung haben, daß nach den übereinstimmenden Angaben in der Literatur gerade in diesen *Alzheimer*schen Fällen die senilen Plaques ganz besonders reichlich vorhanden sind. Hervorzuheben ist auch, daß hier abweichend von den Fällen gewöhnlicher seniler Demenz oder der *Fischer*schen presbyophrenen Demenz, wo das Stirnhirn meist am reichsten an senilen Plaques ist, die Hauptlokalisation dieser pathohistologischen Produkte eine andere ist, je nach der Symptomatologie der Fälle im Schläfelappen, Hinterhauptlappen usw., auch das wieder in Analogie zum Verhalten der *Lissauer*schen Paralyse zur gewöhnlichen Paralyse. Von besonderem Interesse dürfte es aber sein, daß nach vielfachen Angaben der Literatur — siehe darüber z. B. bei *Simchowicz* (a. a. O.) — das Ammonshorn bei den *Alzheimer*schen Fällen eine Lieblingslokalisation sowohl der Plaques wie der Fibrillendegeneration ist. Daß das Ammonshorn eine gewisse Beziehung zur Epilepsie hat, dürfte, seitdem *Meynert* zuerst bei der sogenannten genuinen Epilepsie die Ammonshornsklerose beschrieben hat, außer Zweifel sein, wenn uns auch ein Verständnis für diesen Zusammenhang derzeit noch fehlt. Es



wird also künftig in entsprechenden Fällen darauf genauer zu achten sein, speziell auch nach der Richtung, ob es sich dann immer um Anfälle vom Typus der gewöhnlichen Epilepsie handelt. Die genauere histologische Untersuchung des Ammonshorns wird sich auch in den Fällen seniler Epilepsie empfehlen, wo keine Erscheinungen seniler Demenz bestehen; es wäre denkbar, daß in diesen Fällen sich die charakteristischen Veränderungen auf das Ammonshorn beschränken. In den Fällen, wo Jackson-Anfälle auftreten, werden wir mehr auf das Verhalten der Motilität und der motorischen Rinde das Augenmerk zu richten haben, d. h. ob in diesen Fällen deutliche Lähmungserscheinungen bestehen (in einem Falle von *Barret* waren sie z. B. deutlich vorhanden), ob die Zentralwindungen besonders schwere histologische Veränderungen aufweisen usw. Zu solchen Untersuchungen angeregt zu haben, betrachte ich als den Hauptzweck dieser kurzen Skizze.



Zur Psychopathologie der unerlaubten Entfernung und verwandter Straftaten.

Von

K. Kleist und F. Wißmann.

Unsern Ausführungen liegen 54 Gutachten zugrunde, die während der ersten drei Kriegsjahre wegen unerlaubter Entfernung, Fahnenflucht, Feigheit oder Selbstverstümmelung erstattet worden sind. Die Fälle wurden zum Teil in Kriegslazaretten in Nordfrankreich, zum Teil in der Rostocker Klinik begutachtet.

Es handelt sich um:

31 Psychopathen,
5 Soldaten mit nervösen, im Kriege erworbenen Schwächezuständen,
13 Schwachsinnige (zum Teil mit psychopathischen Abweichungen),
1 Epileptiker,
1 Dem. praecox,
1 Melancholiker,
1 arteriosklerotisch Dementen,
1 Mann mit chronischem Alkoholismus.

Die Psychopathen stehen also weitaus an erster Stelle, und ihre Bedeutung wird noch größer, wenn man berücksichtigt, daß auch die Schwachsinnigen zum Teil psychopathische, die Straftat begünstigende Erscheinungen aufwiesen. Der Prozentsatz von Psychopathen ist unter unseren Fällen erheblicher als unter dem annähernd gleich großen Material von Schmidt, der auf 50 unerlaubte Entfernungen u. ä. Straftaten 24 Psychopathen und verwandte Zustände (Neurastheniker, Fuguezustände) zählt. Auffällig gering ist die Beteiligung von Psychopathen in der Zusammenstellung von *Stiefler*, der unter 23 Delikten der Entfernung bzw. Feigheit nur 2 Psychopathen hatte. Klinisch und



gerichtlich bemerkenswerte Beobachtungen wurden nur an den Psychopathen und den Soldaten mit nervösen, im Krieg erworbenen Schwächezuständen gemacht. Wir beschränken uns daher auf eine Besprechung dieser Fälle.

Unser Material betrifft hauptsächlich Frontdelikte (25 Fälle gegenüber 11 Heimatdelikten) und ergänzt daher die vorliegenden Veröffentlichungen, in denen die Heimatdelikte meist einen breiteren Raum einnehmen als die Frontdelikte.

I. Die Persönlichkeiten der zu Begutachtenden.

A. Psychopathen.

Die Fälle verteilen sich in folgender Weise auf die einzelnen Arten psychopathischer Veranlagung.

Unstete Psychopathen	4
reizbare und affektlabile Psychopathen	4
Hysteriker	7
Phantasten	5
ängstliche Psychopathen	5
Hypochonder	1
hypomanische Psychopathen	2
Zyklothyme	1
Psychopathen mit episodischen Verstimmungen	2
	31

1. Unstete Psychopathen. Man kann unter den unsteten Psychopathen zwei Typen unterscheiden: die einfach Willensschwachen, die Haltlosen, der mehr passive Typus, Menschen, die durch Verführung und widrige Lebensumstände leicht aus ihrer Bahn gelenkt werden — und die mehr aktiven Naturen, die eigentlichen Unsteten, die aus eigenem Antrieb stets etwas Neues beginnen, sich schwer fügen, von starkem Unabhängigkeitsdrang beseelt sind und bei Konflikten, in die sie leicht geraten, ihre Stellen häufig im Zorn verlassen. Dieser Typus ist den Hypomanischen und Infantilen in mancher Hinsicht verwandt. Die Lebensführung bietet bei beiden Arten von Psychopathen das äußere Bild der Unstetigkeit, aber jeweils aus verschiedenen seelischen Gründen. Psychopathen mit besonders entwickeltem Freiheitsdrang werden auch von *Pönitz* erwähnt. Die von



Schwarzwald sogenannten Durchgänger dürften ebenfalls zu den aktiv Unsteten in unserem Sinne gehören.

Von den folgenden 4 Fällen gehören die 2 ersten den Haltlosen, die beiden andern den Unsteten an.

Fall 1 machte im Anschluß an seine Entfernung einen psychogenen Dämmerzustand durch.

Fall 1. M., geb. 14. 3. 93. Unerlaubte Entfernung. Furcht vor Bestrafung. Haltloser Psychopath mit psychogenem Dämmerzustand. Zur Zeit der Tat unzurechnungsfähig.

M. hat sich am 5. 2. 16 aus Angst vor einer Bestrafung von der Truppe entfernt und ist planlos umhergeirrt.

Zur Vorgeschichte liegen folgende Angaben seiner Eltern vor: Das Lernen in der Schule fiel M. sehr schwer. M. war als Kind Bettnässer. Nach Erlangung des Einjährigenzeugnisses wollte er Offizier werden. Kurz vor dem Fähnrichsexamen ging er von der Presse in Berlin ohne triftigen Grund ab, trotz Zuredens seiner Eltern und Lehrer, und obgleich er in Posen als Fahnenjunker schon angenommen war und ihm durch Immediateingabe das Primazeugnis erlassen war. Er faßte nun den Plan, die Kolonialschule in Witzenhausen zu besuchen, wohin er auch im April 1911 kam. Im Juli 1912 wollte er auch dort nicht mehr bleiben und kam als Eleve auf ein Gut in Stolpmünde. Nach 4 Wochen wollte er auch dort aus geringfügiger Ursache wieder fort, ließ sich jedoch vorläufig halten. Im Januar 1913 ging er plötzlich in der Nacht bei eisiger Kälte davon und irrte planlos umher. So änderte er dauernd seine Stellen, weswegen er schließlich zur Beobachtung seines Geisteszustandes in eine Nervenheilanstalt gebracht wurde. Dann kam er wieder auf ein Gut als Eleve am 20. 7. 13. Aber schon am 3. 11. 13 ging er wieder von dort fort, kehrte aber auf Zureden seiner Eltern zurück. Die Anlässe seiner Entfernungen waren kleine Streitigkeiten, Schulden, Vorwürfe. Im Dezember 1913 kam er nach Hause und hatte sich inzwischen in Bethel bei Bielefeld ohne Wissen seiner Eltern als Krankenwärter annehmen lassen, um später Diakon zu werden. Schon im Februar 1914 wollte er nicht mehr dort bleiben und kam auch schließlich nach kurzer Krankheit am 15. 5. 14 nach Hause zurück, von wo er im Juni 1914 eine Stelle als Eleve auf einem Gut annahm. Bei Kriegsausbruch meldete er sich sofort freiwillig. In den letzten Jahren beschäftigte er sich viel mit „Theosophie". In dem Kloster N. bei Düren, wo er ¼ Jahr verwundet lag, wurde er plötzlich ohne Wissen der Eltern katholisch, auch äußerte er, Mönch werden zu wollen. Vor einigen Tagen erhielt er drei Tage Mittelarrest. Aus Angst davor lief er am 15. 2. 16 planlos davon. Im Felde wiederholt wegen Blasenschwäche in Behandlung.

Beobachtung. Bei der Aufnahme ins Lazarett befand sich M. in



einem Dämmerzustande, Denk- und Bewegungshemmung, gedrückte Stimmung, anfangs unorientiert, allmählich Aufhellung.

Beurteilung. M. ist ein haltloser Psychopath, der aus Angst vor einer demnächst abzusitzenden Arreststrafe planlos davongelaufen ist und in einem psychogenen Dämmerzustande aufgenommen wurde. Beginn des Dämmerzustandes nicht sicher zu bestimmen. Zur Zeit der Tat als unzurechnungsfähig zu erachten.

Fall 2. R., geb. 31. 3. 84. Unerlaubte Entfernung aus der Stellung. Angstgefühl und triebhaftes Davonlaufen. Haltloser, reizbarer Psychopath. Unzurechnungsfähig.

Vorgeschichte: R. stammt angeblich aus gesunder Familie. Will in seiner Kindheit viel an Krankheiten gelitten haben. In der Schule habe er mittelmäßig gelernt. Er erlernte das Buchdruckergewerbe, in welchem Beruf er aber wenig gearbeitet habe, vielmehr habe er Gelegenheitsarbeiten ausgeführt und seine Stellen sehr häufig gewechselt. Von Jugend auf will er sehr reizbar gewesen sein. Wenn er etwas getrunken habe, sei er leicht erregbar und neige dann noch mehr zu plötzlichen und unüberlegten Entschlüssen. Vor einigen Jahren habe er Lues durchgemacht.

Am 15. 3. 15 wurde er zum Militär eingezogen. Schon im Mai 1915 blieb er angeblich ohne Grund 3 Tagen unerlaubt von der Kompagnie weg und wurde deshalb mit 5 Tagen Mittelarrest bestraft. Am 15. 5. 16 war er zum ersten Mal in eine Stellung, die dauernd stark von Artillerie und Minen beschossen wurde, zum Schanzen kommandiert. Während der zwei Nächte, die er im Graben arbeitete, will er durch die Beschießung sehr aufgeregt worden sein. Er kann sich angeblich nicht erinnern, wie er zu dem Entschluß gekommen sei, aus der Stellung fortzugehen. Er weiß noch, daß er mit den Kameraden vor dem Unterstand zu Abend gegessen habe; dann sei er ohne weitere Überlegung fortgegangen. Kameraden des R. gaben bei ihrer Vernehmung an, daß R. am 19. 5. abends einen ganz verstörten Eindruck gemacht habe, hin und her lief und nach seinem Unterstand fragte, obwohl er davor stand. R. erinnert sich, an einer Landstraße entlang gegangen zu sein und in einer Wirtschaft 15 bis 20 Glas Bier getrunken zu haben. Am folgenden Morgen sei ihm wohler gewesen, doch habe er nicht den Mut gehabt, sich zu melden. Abends sei er auf dem Bahnhof festgenommen worden.

Während seines Aufenthaltes im Lazarett vom 28. 5. bis 16. 6. 16 verhielt sich R. dauernd geordnet. Die Stimmung war gleichmäßig, ab und zu klagte er über Kopfschmerzen. Wassermann positiv. Die Prüfung der Verstandesleistungen ergab eine durchschnittliche Intelligenz.

Beurteilung. R. ist ein psychopathisch veranlagter, unsteter Mensch, der an einer krankhaften Reizbarkeit und Neigung zu plötzlichen



unüberlegten Entschlüssen leidet. Nach zweimaligem Schanzen in beschossener Stellung entstand bei R. am Abend vor der dritten Nacht ein Angstzustand, in dem er planlos davonlief. Zur Zeit der Tat unzurechnungsfähig.

Fall 3. M., geb. 26. 1. 91. Unerlaubte Entfernung. Widerwille gegen Dienst. Unsteter reizbarer Psychopath. Vermindert zurechnungsfähig.

M. ist vom Ersatzbataillon ohne Urlaub in seine Heimat gefahren, hat sich bei verschiedenen Bekannten und Verwandten auf dem Lande aufgehalten und ist nach 6 Tagen freiwillig zurückgekehrt, aber ohne sich zu melden.

Vorgeschichte. M. hat in der Schule gut gelernt. Mit dem 21. Lebensjahre begab er sich auf die Wanderschaft, wechselte sehr häufig seine Stellen als Kesselschmied, obwohl seine Meister mit ihm zufrieden waren. Er tat es nur aus dem Wunsche heraus, immer Neues zu sehen und zu lernen. M. hatte von Kindheit an ein heiteres Temperament, doch war er leicht gereizt und aufgeregt, hatte öfter Streit, wurde einmal wegen Körperverletzung bestraft. Im Januar 1917 war er wegen eines Handschusses zur Untersuchung in der hiesigen Poliklinik. Sein Blut sei untersucht worden und man habe Lues festgestellt. Er habe sich deshalb wieder ins Feld gemeldet, weil er lieber in den Tod gehen wollte als seinen Verstand verlieren. Er sei aber nicht ins Feld gekommen und sei daher einfach zu Verwandten aufs Land gegangen, sei aber nach 6 Tagen freiwillig zur Kompagnie zurückgekehrt.

Beobachtung. Patziges und mürrisches Wesen, schimpft auf die Untersuchung, beklagt sich über seine „gebrochene Gesundheit". Angebliche Furcht vor Geisteskrankheit. Ängstlich und zitternd bei Erregungszustand eines Geisteskranken. Zucken im Gesicht. Langsame Antworten, sucht Schwachsinn vorzutäuschen. Rachenreflex fehlt. Bei Abholung durch Unteroffizier erregt, schimpfte. Weigert sich später sogar, auf ein Arbeitskommando zu gehen.

Beurteilung. Bei M. handelt es sich um einen unsteten Psychopathen mit verstärkter Reizbarkeit und Affektlabilität. M. ist als vermindert zurechnungsfähig zu erachten.

Fall 4. L., geb. 26. 9. 90. Unerlaubte Entfernung. Widerwille gegen Dienst. Unsteter, ethisch-defekter, verschlossener Psychopath. Zurechnungsfähig mit mildernden Umständen.

L. ist wegen Urlaubsüberschreitung angeklagt. Er hatte vom Ersatzbataillon Heimaturlaub vom 16.—30. 3. 17, blieb aber bis 3. 4. zu Hause und fuhr erst ab, nachdem am 2. 4. ein Polizist nach ihm gefragt hatte. Bei seiner Festnahme am Hamburger Bahnhof gab er an, seinen Urlaubsschein verloren zu haben.

L. ist bereits vor seiner Einziehung zum Militär dreimal vorbestraft



wegen schweren Diebstahls und Betrugs. Wird in den Strafakten als faul und leichtsinnig bezeichnet. Nach geheilter Verwundung im Anfange des Feldzuges kam er zum Ersatzbataillon I.-R. . . ., wo er wegen unerlaubter Entfernung mit 43 Tagen Gefängnis bestraft wurde. Als er aus dem Reservelazarett Rostock, wo er wegen Trippers behandelt worden war, nach seiner Entlassung zur Truppe geschickt wurde, reiste er ohne Erlaubnis nach Hamburg und kehrte erst 5 Tage später zur Truppe zurück, wofür er mit 6 Monaten Gefängnis bestraft wurde. Er hatte die Absicht. nach Holland zu gehen.

L. gibt über sein Vorleben folgendes an: Er sei nie ernstlich krank gewesen, habe gut gelernt. Seine Vorstrafen und die jetzige Straftat gibt er ohne weiteres zu. Zeitweise habe er viel getrunken. Häufiger Stellenwechsel — meist wegen Lohnstreitigkeiten.

Beobachtung. Die Untersuchung des Nervensystems ergab keine Anhaltspunkte für eine organische Erkrankung. Die Intelligenzprüfung ergab durchaus entsprechende Resultate. In einem Briefe, den L. aus der Klinik nach Hause schrieb, schilt er darüber, daß er wegen dieser kurzen Urlaubsüberschreitung wieder bestraft werden solle, empfindet es als Ungerechtigkeit, daß er zum vierten Male ins Feld müsse, während andere kaum draußen waren. Dieser enge Gesichtskreis tritt überall stark hervor. Damit verbindet sich ein trotziges, verschlossenes und etwas reizbares Wesen.

Beurteilung. Psychopath mit Unstetigkeit, Verschlossenheit, Reizbarkeit, ethischen Defekten, beschränktem Interessenkreise. Zurechnungsfähig mit mildernden Umständen.

2. Affektlabile, reizbare Psychopathen. Diese — mit *Kraepelins* „Erregbaren" wohl zusammenfallende — Gruppe ist von den Unsteten und von der folgenden Gruppe der Hysteriker nicht leicht abzugrenzen. Doch tritt bei ihr die abnorme Veranlagung auf dem Gebiete der Willensvorgänge zurück gegenüber der Regelwidrigkeit auf der affektiven Seite. Bald sind es Menschen mit schwankendem, leicht beeinflußbarem Gefühlsleben wie Fall 5, bald mehr reizbare, insbesondere zornmütige Naturen. Die hysterischen Erscheinungen, die von Fall 5 zur Vorgeschichte angegeben werden (Zittern, Schwindelanfälle), bei Fall 8 beobachtet wurden, sind nicht so vordringlich wie bei den eigentlichen Hysterikern, fehlten auch in den andern beiden Fällen. Bei den Fällen 7 und 8 traten vorübergehende psychogene Erregungszustände nach der Verhaftung auf.

Fall 5. M., geb. 9. 11. 83. Unerlaubte Entfernung. Furcht vor Bestrafung. Affektlabiler Psychopath. Zurechnungsfähig mit mildernden Umständen.



Der Gefr. M. hatte sich am 9. 5. 15 ohne Erlaubnis von der Truppe entfernt und wurde am 20. 5. 15 festgenommen. Nach M.s und des Vizefeldwebels Sch. Aussagen hatte M. von letzterem den Auftrag bekommen, nach Henin-Lietard zu fahren, um dort Faßbier zu besorgen. Zu diesem Zwecke hatte M. 531,50 M. von Sch. erhalten. M. schickte aber nur eine Kiste Flaschenbier, da er angeblich kein weiteres Bier bekommen konnte. Beim Bezahlen will M. bemerkt haben, daß ihm ein Teil des von Sch. gegebenen Geldes fehle. Er fuhr darauf zur Gendarmerie nach Lens zurück, um unter seinen Sachen nach dem fehlenden Gelde zu suchen. M. hatte angeblich nicht den Mut, den Verlust des Geldes anzuzeigen, sondern fuhr am andern Tage wieder nach Henin-Lietard, um den ihm bekannten Proviantmeister H. um Rat zu fragen, doch auch dazu will er nicht den Mut gefunden haben. Er ist dann angeblich zu dem ihm bekannten Uhrmacher P. gegangen, um von diesem sich die fehlenden 250 M. zu leihen. Als dieser ihm das Geld nicht leihen konnte, will er sich auf den Weg zu seiner Truppe gemacht haben, doch habe er unterwegs den Mut verloren und sei auf einen Acker gegangen, um sich zu erschießen. Er habe den Revolver wiederholt angesetzt, aber schließlich doch nicht den Entschluß fassen können. M. brachte nun mehrere Tage und Nächte in Gartenhäusern zu. Als er einmal bei seiner Rückkehr von dem Dorfe, wo er sich Lebensmittel kaufte, in dem Gartenhäuschen eine Veränderung an seinen dort befindlichen Sachen bemerkte, fürchtete er, entdeckt zu werden, und ging in ein anderes Gartenhaus. Während der ganzen Zeit habe er mit dem Entschluß gekämpft, zurückzukehren oder sich zu erschießen, ohne zu dem einen oder dem andern Mut fassen zu können. Endlich will M. auf den Gedanken gekommen sein, nach Lens zu gehen, um sich dort vor der Ausübung seines Selbstmordversuches Mut anzutrinken. Er habe dort einen Regimentskameraden getroffen, von dem er sich dessen Revolver ausbat, da sein eigener schlecht gewesen sei. Zunächst aber tranken beide zusammen in einer Wirtschaft. H. nahm dann den M. mit in sein Quartier wo letzterer von dem Feldwebel R. festgenommen wurde. Nach seiner Festnahme machte M. vor dem Wachtlokal dreimal den Versuch, sich zu erschießen.

M. machte geltend, daß er nervenleidend sei, er habe ganz sinnlos gehandelt und auch schon früher in seinem Leben in schwierigen Fällen den Kopf verloren und gegen seine eigenen Interessen gehandelt, er leide an Gedächtnisschwäche und Entschlußunfähigkeit. Seit Kriegsbeginn sei er in gedrückter Stimmung, weil er gegen seine in Frankreich lebenden Verwandten im Felde stehe und von seiner Frau und seinen Kindern, die er bei Kriegsausbruch in Paris zurücklassen mußte, ohne Nachricht sei. Er hält sich für wirtschaftlich ruiniert, da er hohe Schulden habe und nach dem Kriege seine zahnärztliche Praxis in Paris nicht wieder aufnehmen könne.

Aus der Schilderung seines Lebenslaufs sei erwähnt, daß M. mit

verblüffender Leichtigkeit gelernt haben will. Jedoch habe er das Gelernte ebenso rasch wieder vergessen. Er studierte in München und Freiburg, um später die zahnärztliche Praxis seines Vaters zu übernehmen. In Freiburg begann er ein Verhältnis mit einer Erzieherin, mit der er 6 Jahre zusammen lebte, bis er sie heiratete. M. verließ schließlich Freiburg, ohne sein Examen gemacht zu haben, angeblich wegen eines Streites mit einem Diener im zahnärztlichen Institut, den er infolge seiner leichten Erregbarkeit an der Gurgel gepackt hatte. In Gemeinschaft mit einem Schulfreunde betrieb er dann in Mülhausen als Dentist die Praxis seines verstorbenen Vaters. Zum Militär „vergaß" er sich rechtzeitig zu melden, so daß seine Berechtigung zum Einjährigfreiwilligendienst verfiel und er beim Trainbataillon 10 in Hannover eingestellt wurde. Nach einem Jahre zur Reserve entlassen, überwarf er sich bald mit seinem Mitarbeiter. Als er dann die Praxis allein führte, gingen seine Einnahmen stark zurück, angeblich weil er mit den Patienten nicht recht umgehen konnte. Seine Stimmung sei im allgemeinen heiter, aber leicht erregbar und Schwankungen unterworfen gewesen. Zeitweilig will er wegen Gedächtnisschwäche in Behandlung eines Nervenarztes gewesen sein. Im Frühjahr 1914 verband er sich mit seinem Vetter in Paris, der dort Zahnarzt war. Der Kriegsausbruch habe ihn schwer erschüttert. Während des Krieges will er allerhand nervöse Beschwerden gehabt haben, wie Schwindelanfälle, Zittern, niedergedrückte Stimmung, Kopfschmerzen u. a. Trotzdem genoß er bei seinen Vorgesetzten Vertrauen und wurde 3 Monate lang in Henin-Lietard als Dolmetscher verwandt. Von dort habe er sich angeblich ganz kopflos zur Front zurückgemeldet. M. ist nach seinen Angaben schwer belastet. Ein Bruder seiner Mutter soll als unheilbar Geisteskranker in einer Heil- und Pflegeanstalt sein. Ein anderer Bruder habe sich im Verfolgungswahn überfahren lassen.

Während seines Aufenthaltes im Lazarett verhielt sich M. völlig geordnet. Seine Stimmung war überwiegend etwas gedrückt, aber im Verkehr mit andern Kranken auch heiter. Rascher Stimmungswechsel trat öfter auf. Nachts schlief er häufig schlecht und weinte mehrmals. Wiederholt klagte er ein oder zwei Tage über Kopfschmerzen und Mattigkeit und sah schlechter aus als sonst. Körperliche Krankheitserscheinungen waren nicht nachweisbar, außer einer erheblichen Blässe, leichter Vergrößerung der Schilddrüse und beschleunigter, leicht erregbarer Herztätigkeit.

Das Ergebnis der Beobachtung und Untersuchung des M. läßt sich dahin zusammenfassen, daß M. ein psychopathisch veranlagter Mensch mit schwankendem Gemütszustande ist. Seine abnorme Veranlagung geht aber nicht so weit, und sein Verhalten während der Entfernung von der Truppe spricht nicht dafür, daß M. bei der Begehung seiner Straftat unzurechnungsfähig im Sinne des § 51 StGB. gewesen wäre.

Fall 6. E. Unerlaubte Entfernung. Reizbarer, affektlabiler



Psychopath. Unzufriedenheit mit Versetzung in andere Truppe. Gemindert zurechnungsfähig.

Nach den Gerichtsakten wurde E. am 29. 6. 16 von seiner Truppe wegen angeblicher Krankheit ins Feldlazarett nach Seclin geschickt. Statt dessen begab sich E. nach Lille und wurde dort am 7. 7. 16 aufgegriffen. Nach seinen Angaben im Lazarett ist E. mit mehreren Kameraden, die er unterwegs getroffen hatte, nach Lille gefahren und hat dort in mehreren Wirtschaften getrunken. Er nächtigte im Quartier seiner Kameraden. Aller Vorgänge während seiner Entfernung erinnert er sich lückenlos. Als Grund seiner Entfernung gibt er an, daß er sich bei seiner Kolonne von Anfang an nicht wohl gefühlt habe, er sei der einzige Hesse unter lauter Sachsen gewesen. Er werde den andern Kameraden gegenüber vernachlässigt, und er empfinde es als eine Kränkung, daß er nicht wieder Bursche bei der Kolonne geworden sei, wie er es früher lange gewesen sei. Deswegen hat sich E. schon einmal unerlaubt entfernt, weswegen er zu 7 Wochen Gefängnis verurteilt wurde. Infolge eines Gnadenerlasses brauchte er nur 10 Tage abzusitzen. Schon 4 Wochen darauf beging er die zweite Entfernung. Nach seiner Festnahme schien E. gedrückt und gehemmt und wurde deswegen dem Lazarett überwiesen.

Als Kind Krämpfe. Von Jugend auf reizbar, zornmütig, einmal wegen Körperverletzung bestraft. Lebt mit seiner Frau in Unfrieden, ist sehr eifersüchtig.

Im Lazarett schwand die gedrückte Stimmung nach wenigen Tagen und wich einer allgemeinen Gleichgültigkeit. Gelegentlich zeigte sich Reizbarkeit, auch ein übertriebenes Selbstbewußtsein. Die Intelligenzprüfung ergab, daß E. nicht ganz auf der Intelligenzstufe eines 11jährigen Kindes steht. Es zeigte sich weiter dabei eine gewisse Schwatzhaftigkeit, wobei er seine eigene Tüchtigkeit gern hervorhob.

Beurteilung. E. ist ein leicht schwachsinniger, psychopathischer Mensch. Die psychopathische Veranlagung zeigt sich in einer erhöhten Reizbarkeit und Zornmütigkeit, einem übertriebenen Selbstbewußtsein und in der Neigung, widrige Lebensumstände als absichtliche Schädigung seitens anderer Personen aufzufassen. Der Schwachsinn und die psychopathische Veranlagung sind aber nicht so erheblich, daß ein die freie Willensbestimmung ausschließender Grad der Geistesstörung im Sinne des § 51 RStGB. vorläge. Als gemindert zurechnungsfähig zu beurteilen.

Fall 7. K., geb. 31. 12. 93. Unerlaubte Entfernung, Widerwille gegen Dienst. Affektlabiler, reizbarer Psychopath. Erregungszustand nach Verhaftung.

Vorgeschichte. Vater infolge Unfalls gestorben, Mutter ertränkte sich nach des Vaters Tod. K. selbst ist nie ernstlich krank gewesen. Oktober 1914 eingezogen. 1915 ins Feld, wegen Muskelrheumatismus angeb-

lich zurück. Tut Garnisondienst. 1916 psychogene Depression (nach unerlaubter Entfernung?).

Aufnahme 19. 11. 16. Wird aus Arrest gebracht, wo er alle Fensterscheiben eingeschlagen hat. Aus Tatbericht ergibt sich, daß K. trotz abgeschlagenen Urlaubs nach Hause reiste und dort verhaftet ward. Bei der Aufnahme noch leicht erregt, Zittern an Händen. Psychisch klar. Keine Amnesie. Klagen über Mattigkeit und schlechten Schlaf schwinden schnell. 11. 12. 16 wieder entlassen mit dem Bemerken, daß zwar zurzeit Arrestfähigkeit bestehe, aber die Möglichkeit erneuter Erregung in Haft vorliege. K. wurde deshalb in Freiheit belassen, um bei der Truppe Dienst zu tun. Als er am 15. morgens geweckt wurde, um zum Dienst anzutreten, weigerte er sich, indem er dem diensttuenden Unteroffizier zurief: „Was wollen Sie von mir, ich bin krank, ich mache keinen Dienst." Um 8 Uhr verließ er das Quartier, trieb sich tagüber in der Stadt umher. Bei seiner Rückkehr abends wurde er verhaftet, weigerte sich jedoch, in Haft zu gehen, und wurde gegen Unteroffizier aggressiv, so daß er mit Gewalt in Arrest überführt werden mußte. Bei Aufnahme gab er über Vorfall anfangs nur ganz ungenügende Auskunft und wollte sich an Einzelheiten nicht erinnern können. Erst auf Grund des vorgehaltenen Tatberichts gab er alle Einzelheiten zu. Das eingeforderte Strafregister ergab, daß K. früher wegen Obstdiebstahls zweimal mit Geldstrafen vorbestraft war. Be Intelligenzprüfung zeigte er entsprechende Kenntnisse. Während Beobachtungszeit in Gegenwart des Arztes immer sehr zurückhaltend, sonst wenig verträglich mit Kameraden, schikanierte andere Kranke. Hysterische Anfälle und Bewußtseinstrübungen wurden nicht beobachtet.

Bei der Begutachtung wurde K. als affektlabiler, reizbarer Psychopath beurteilt, dem der Schutz des § 51 nicht zustehe.

Fall 8. D., geb. 12. 4. 90. Unerlaubte Entfernung aus Furcht vor Frontdienst. Reizbarer Psychopath. Gemindert zurechnungsfähig.

Am 31. 3. 17 entfernte sich D. unerlaubt von der Truppe und meldete sich am 4. 4. bei der Ersatzeskadron in Neustrelitz freiwillig als Deserteur.

D. erklärte zu seiner Tat folgendes: „Meine Eskadron rückte am Sonnabend, den 31. 3. 1917, ins Feld. Ich hatte mich in der Nacht mit mehreren Kameraden und Mädchen in einer Wirtschaft in H. aufgehalten und hier zusammen mit einem andern 4 Flaschen Wein getrunken. Ich war beleidigt und entehrt worden. Deshalb bin ich mit Überlegung von der Eskadron weggegangen. Die Beleidigung und Entehrung erblickte ich darin, daß mir von meinem Rittmeister gesagt war, ich solle gelegentlich einer Ehrenbezeugung vom Fußsteig heruntergehen. Das hatte ich mir zu Herzen genommen und wollte dem Lumpenleben ein Ende machen. Was aus mir wird, ist mir egal."

Nach seiner eigenen Angabe und auch nach den eingezogenen Akten geht hervor, daß D. in seiner Dienstzeit außer kleinen Strafen eine ein-



malige größere Strafe wegen Achtungsverletzung erhalten hat. Wegen seiner Reizbarkeit war D. in der ganzen Eskadron während seiner aktiven Dienstzeit bekannt.

Bis zum 16. Lebensjahre Bettnässer. Unstetes Leben, wechselte häufig seine Stellen, wollte immer etwas Neues kennenlernen. Nach Wortwechsel bei Kleinigkeiten immer sehr aufgeregt. Nach einem Wortwechsel mit seinem Vater holte er einmal ein Schlachtermesser und führte einen Stich nach seiner Brust aus, der hinzuspringende Großvater hielt ihn ab. Bestahl einmal seinen Meister, doch ersetzten die Eltern den Schaden. Sehr empfindlich, beschwert sich andauernd über Ehrverletzung. Sucht die Schuld an seinen vielen Mißhelligkeiten nicht in sich, sondern stets bei andern. In der Untersuchungshaft tobte er und schlug Fenster und Türen ein, warf den Wärtern das Geschirr an den Kopf, duzte seine Vorgesetzten, behauptete, zum Offizier eingereicht zu sein. Er habe früher studiert.

Beobachtung. In den ersten Tagen plumpe Vortäuschung von Geistesstörung, schien gehemmt, machte phantastische Angaben über die letzten Vorkommnisse, wollte sich duellieren, als Rächer seiner Ehre auftreten usw., redete daneben, z. B. auf eine Rechenaufgabe, „das gibt eine ganze Menge". Hysterische Symptome: herabgesetzte Schmerzempfindung am ganzen Körper, aufgehobene Schleimhautreflexe, Verschwinden der scheinbaren psychischen Störungen bei Androhung elektrischer Behandlung. Keine Intelligenzdefekte. Stimmung wechselnd. Leicht beeinflußbar, häufig mürrisch und patzig, renommiert gern, träumt tagüber oft vor sich hin, führt Selbstgespräche, redet dann von seinem Leben als Schlachter und von seiner Militärzeit. Aufgeschreckt, war er sehr reizbar, ging auf die Personen der Umgebung los. Schlechter Schlaf, schreckte häufig auf.

Beurteilung. D. ist ein reizbarer und unsteter Psychopath mit brutalen Wesenszügen und krankhaft gesteigerter Empfindsamkeit. Hysterische und phantastische Züge. Sein durchschnittlicher Geisteszustand ist jedoch nicht derart, daß er als solcher die freie Willensbestimmung im Sinne des § 51 RStGB. ausschlösse. D. hat nach ärztlichem Ermessen Anspruch auf mildernde Umstände.

3. **Hysteriker.** Bei sämtlichen hysterischen Psychopathen sind durch Vorgeschichte oder Beobachtung, mehrfach durch beides, körperlich-hysterische Krankheitszeichen meist erheblichen Grades nachgewiesen, so daß die Neigung zu solchen Veränderungen, eine „Labilität des Körperlichkeitsbewußtseins", als wesentlichster Zug dieser Gruppe von Abnormen angesehen werden muß. Auch von diesen Psychopathen zeigten zwei Fälle (14 und 15) vorübergehende psychische Störungen reaktiver Art. Im Fall 13 hatte eine Schußverletzung am Gesichtsschädel verschlimmernd auf die psychopathische Dis-



position gewirkt. Mehrere Fälle boten noch weitere abnorme Züge: ein feminines Wesen (Fall 14), ethische Defekte (Fall 15), leichten Schwachsinn (Fälle 10 und 11).

Fall 9. F. Unerlaubte Entfernung. Psychopath mit hysterischen Erscheinungen. Furcht vor Frontdienst. Zurechnungsfähig mit mildernden Umständen.

F. war am Nachmitag des 10. 8. 16 dienstfähig aus dem Etappenlazarett Valenciennes entlassen worden, begab sich jedoch nicht zur Truppe, sondern kehrte am folgenden Nachmittag ins Lazarett zurück, wo er sich in dem früher von ihm bewohnten Zimmer ins Bett legte. F selbst gab von dem Vorgang folgende Darstellung: Von der Stadtkommandantur sei er für die 2 Stunden bis zum Abgang seines Zuges in eine Kaserne geschickt worden. Er habe jedoch diese Zeit zu einem Spaziergang benutzt. Er fühlte sich sehr aufgeregt, hatte Kopfschmerzen und Flimmern vor den Augen, ohne einen Grund dafür angeben zu können. Er sei aufs Feld hinausgegangen. Was er dann getan habe, will er nicht wissen. Möglicherweise habe er einen Schwindelanfall gehabt, aber sicher könne er das nicht sagen. Er sei erst wieder zu sich gekommen, als er sich plötzlich am andern Tage in der Nähe des Lazaretts befunden hätte. Dabei empfand er angeblich starke Kopfschmerzen und starke Aufregung und lief ins Lazarett, weil er das Empfinden hatte, es müsse mit ihm irgend etwas passiert sein. F. verschwieg zunächst, daß er nicht durch den Haupteingang, sondern durch eine Nebenpforte ins Lazarett eingetreten war. Zur Krankenschwester, die ihn in der Krankenstube traf, sagte er, er müsse in einem Dämmerzustand umhergelaufen sein. Er habe das schon öfter bei Aufregungen, besonders bei großer Freude (!) gehabt.

Vorgeschichte. Beide Eltern sollen nervöse, reizbare Menschen sein, besonders die Mutter sei launisch und öfter schwermütig. In der Schule hat er schlecht gelernt, ist mehrmals sitzen geblieben und hat erst mit 19 Jahren bei Kriegsausbruch sein Notexamen zur Erlangung der Berechtigung zum Einjährigfreiwilligendienst gemacht. Seit der Kindheit sei er nervös, aufgeregt und sehr schreckhaft. Seit etwa 3 Jahren seien manchmal eigentümliche traumartige Zustände bei ihm aufgetreten, die mit Schwindelgefühl und Flimmern vor den Augen begannen. Er wisse dann nicht, ob die Umgebung, in der er sich befände, Wirklichkeit oder Traum sei. Er laufe dann immer weiter, und wenn er zu sich käme, sei er in einer Gegend, in die er gar nicht habe kommen wollen.

Bei Kriegsausbruch meldete F. sich als Kriegsfreiwilliger bei einem Artillerieregiment, wurde jedoch nicht angenommen. Dann trat er bei einem Ulanenregiment ein, wurde jedoch nach 10 Tagen schon wieder entlassen, angeblich weil er den Stalldienst nicht vertragen konnte, wegen



Schwindels und Herzklopfen. Er tat dann nach Ablegung des Fähnrichsexamens im Februar 1915 bei einem Infanterieregiment als Fahnenjunker ein. Während seiner Ausbildung will er häufig Kopfschmerzen, Schwindelanfälle und traumhafte Zustände gehabt haben, z. B. aus Freude nach seiner Beförderung zum Unteroffizier (!). Im Juni 1915 kam er ins Feld nach Souchez. Das Artilleriefeuer regte ihn sehr auf. Ende Juni bekam er einen Fleischschuß am Oberarm, der in 3 Wochen heilte. Auf der Fahrt von Charleville, wo er im Lazarett behandelt war, an die Front bekam F. angeblich Rückenschmerzen und Brennen beim Wasserlassen. Er meldete sich deshalb in Valenciennes krank und kam am 31. 7. 15 ins Etappenlazarett V. Für F.s Klagen wurde dort kein objektiver Grund gefunden, jedoch waren nervöse Krankheitszeichen, wie allgemein gesteigerte Reflextätigkeit und starkes Hautnachröten, nachweisbar. Während seines Aufenthalts im Lazarett verhielt sich F. auffällig still und gedrückt. Am 10. 8. 15 wurde F. als dienstfähig zur Truppe entlassen.

Nach seiner zweiten Aufnahme ins Lazarett am 11. 8. 15 klagte F. anfänglich über starke Kopfschmerzen. Der Schlaf war nicht tief. Die Intelligenzprüfung ergab keinen eigentlichen Schwachsinn, aber doch im Verhältnis zu seiner Schulbildung einen nur mäßigen Grad von Urteilsfähigkeit. Körperlich fanden sich, wie schon früher, Zeichen nervöser Übererregbarkeit. Gesteigerte Sehnenreflexe, sehr lebhaftes Nachröten, Pulsbeschleunigung, starke Schreckhaftigkeit und Überempfindlichkeit bei Nadelberührungen.

Beurteilung. F. ist ein intellektuell nur mäßig veranlagter und psychopathischer Mensch von erregbarem, schwankendem Gefühlsleben, so daß er den Erschütterungen des Krieges nicht gewachsen war und nur mit größter Mühe im Artilleriefeuer aushalten konnte. Sicher hat F. nach Heilung eines Armschusses sich vor der Rückkehr in den Schützengraben gefürchtet.

Das Gutachten lautet dahin, daß F. nicht in einem Dämmerzustande gehandelt hat, sondern daß er aus Furcht nicht den Entschluß hat fassen können, zum Zuge zu gehen. Seine psychopathische Veranlagung dürfte ihm als mildernder Umstand zuzubilligen sein.

Fall 10. L., geb. 17. 3. 87. Fahnenflucht (9 Monate lange Entfernung). Wahrscheinlich Widerwillen gegen Dienst und Furcht vor der Front. Psychopath mit hysterischen Erscheinungen und leichtem Schwachsinn. Zurechnungsfähig mit mildernden Umständen.

L. hat sich Mitte Oktober 1914 unerlaubt von der Truppe entfernt und ist 9 Monate derselben ferngeblieben. Deswegen war er wegen Fahnenflucht zu 9 Jahren Gefängnis und Versetzung in die 2. Klasse des Soldatenstandes verurteilt worden. In einem Schreiben vom 14. 8. 15 machte die Mutter des L. geltend, daß ihr Sohn nervös veranlagt sei und in den letzten Tagen vor seiner Einberufung deutliche Spuren von Geistesstörung und

Schwermut gezeigt habe. Zeugen, die L. vor seinem Weggang zur Truppe gesehen haben, gaben an, daß L. einen auffällig gedrückten, jedoch keinen geistesgestörten Eindruck gemacht habe.

L. gibt an, daß seine Mutter eine leicht erregbare Frau sei, die bei kleinen Anlässen gleich schimpfe und tobe. Sie habe bei Aufregungen wiederholt Ohnmachtsanfälle gehabt. L. selbst habe als Kind öfters an Ohnmachtsanfällen gelitten und sei sehr schreckhaft gewesen. Auf der Volksschule will L. gut gelernt haben, jedoch sei er auf der Lateinschule zu K. nicht gut vorwärtsgekommen, so daß er aus der Quinta von der Schule weggenommen wurde. L. hat dann weiter keine Schule besucht, sondern bis zu seiner Militärzeit in der Landwirtschaft seines Vaters gearbeitet.

L. war mit seinen beiden Kameraden R. und K. fahnenflüchtig geworden. L. scheint nicht der Anführer der drei Flüchtlinge gewesen zu sein. R. habe die beiden andern kommandiert, sei brutal gegen sie aufgetreten und habe sie sogar mehrmals mit dem Messer bedroht. Anfangs hätten sie am nächsten Tage ihrem Regiment nachrücken wollen, jedoch hätten sie das von einem Tage auf den andern verschoben. Schließlich hätten sie es nicht mehr gewagt, sich zu melden. Durch ein Gespräch seiner Kameraden will L. auf den Gedanken gekommen sein, sich als Kriegsgefangener auszugeben und als solcher zur deutschen Truppe zurückzukehren. Er meldete sich eines Tages bei den deutschen Linien mit der Behauptung, aus französischer Gefangenschaft entflohen zu sein. Er brachte eine ausführliche schwindelhafte Erzählung über seine Gefangenschaft und Flucht vor, die er aber angesichts ihrer Unglaubwürdigkeit bald zurücknahm.

Während der Beobachtung verhielt sich L. vollkommen geordnet. Bei der ersten Untersuchung befand sich L. in starker Gemütsbewegung, war sichtlich ängstlich und verfiel in krampfhaftes Zittern beider Beine, das bei abgelenkter Aufmerksamkeit etwas nachließ. Bei leichten Berührungen mit der Nadelspitze fuhr L. schreckhaft zusammen. Die Intelligenzprüfung ergab, daß L. die Intelligenzstufe 11- bis 12jähriger Kinder nahezu erreicht.

Beurteilung. L. ist in leichtem Grade angeboren schwachsinnig und eine wenig willenskräftige Natur, wodurch auch glaubwürdig erscheint, daß er während seiner Entfernung unter dem Einfluß seiner willenskräftigeren Kameraden gestanden hat. L. neigt ferner zu hysterischen Krankheitserscheinungen und ist wohl in dieser Hinsicht erblich belastet.

Zurechnungsfähig mit mildernden Umständen.

Fall 11. B., geb. 26. 5. 87. Unerlaubte Entfernung (Urlaubsüberschreitung). Widerwillen und Furcht vor Militärdienst. Hysterischer Psychopath mit Schwachsinn. Gemindert zurechnungsfähig.

B. ist wegen Fahnenflucht im Felde und Belügens eines Vorgesetzten



angeklagt. B. kehrte von einem mehrwöchigen Urlaub vom 4. 9. bis 7. 10. 16 erst am 9. 10. 16 nach Rostock zurück, ohne sich bei seiner Truppe zu melden. Vielmehr hielt er sich bis zu seiner Festnahme am 5. 12. 16 bei der ihm verlobten Witwe St. verborgen. Bei seiner Verhaftung leugnete B. dem ihn verhaftenden Unteroffizier K. gegenüber fortwährend, „Buchholz" zu heißen, und gab sich als Füsilier „Stocki" von der Genesendenkompagnie I E. 90 aus. Während der gerichtlichen Vernehmung machte B. mehrfach widersprechende Aussagen und behauptete schließlich, er könne sich an die ganzen Vorgänge der letzten Zeit nicht mehr genau erinnern, da er kurz von Gedanken sei.

Über sein Vorleben gab B. an, daß er mit 9 Jahren krank gewesen sei und nicht habe laufen können. Mit 22 Jahren sei er geschlechtskrank gewesen (wahrscheinlich Tripper). Sonst keine ernstlichen Erkrankungen. Auf der Schule habe er nur die Unterklasse durchgemacht, da er sehr schwer gelernt habe. Laut Akten wurde B. 1907 wegen Unterschlagung mit 10 Monaten, 1909 wegen Bedrohung mit 20 M. und in demselben Jahre zweimal wegen Körperverletzung mit je 1 Monat und 6 Wochen Gefängnis bestraft. Wegen hysterischer Stimmlosigkeit war B. in Behandlung im Reservelazarett Gießen im Sommer 1916.

Die körperliche Untersuchung ergab völlige Aufhebung der Rachen-, Binde-, Hornhautreflexe außer starker Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit am ganzen Körper und starkem funktionellen Schwanken bei Augenfußschluß. Psychisch war B. dauernd orientiert, indessen bei seinen Antworten sehr langsam, suchte bei der Intelligenzprüfung seine Kenntnisse sichtlich schlechter erscheinen zu lassen, als der Wirklichkeit entsprach. Über sein Vorleben gab B. im allgemeinen richtige Auskunft, nur an die Einzelheiten seiner Delikte wollte er sich nicht mehr erinnern können und verwickelte sich häufig in Widersprüche. Auf der Abteilung hielt sich B. im allgemeinen ziemlich zurück. Geringes Maß von Schwachsinn.

Gutachten: Leicht schwachsinniger Hysteriker; gemindert zurechnungsfähig.

Fall 12. G., geb. 31. 1. 87. Unerlaubte Entfernung. Widerwillen gegen Dienst, Furcht vor der Front. Hysterischer Psychopath. Zurechnungsfähig.

G. war nach einer im Felde erlittenen Verwundung im September 1916 von Halle aus wieder ins Feld gekommen. Von dort wurde er nach 6 Tagen ins Lazarett nach Douai geschickt, da er im Graben Krämpfe bekommen hatte. Er kam dann nach Halle zurück, wo ihm bedeutet wurde, daß er zum Ersatzbataillon Füs. Regt. 90 in Rostock gehöre, wohin er einen Fahrschein ausgehändigt bekam. G. fuhr jedoch nicht ab, sondern verblieb in Halle, wo er am 14. 12. 16 verhaftet und nach Rostock gebracht wurde.



Aus den Akten ist zu ersehen, daß G. bei seiner ersten Begegnung mit seiner Frau in Halle am 2. 11. 16 dieser sagte, daß er nur die Fahrt nach Rostock unterbrochen habe und am andern Morgen nach dort weiterfahren müsse. Er sei dann auch jeden Morgen in der Absicht, fortzufahren, weggegangen, sei aber abends immer wieder zu Hause erschienen. Oft habe er sich dann an den Tisch gesetzt und geweint.

In der Klinik machte G. folgende Angaben: Nach einigen Tagen seines Aufenthaltes in Halle sei die Angst vor Bestrafung gekommen. Er habe jeden Tag abreisen wollen, sei aber nicht zu der Ausführung des Entschlusses gekommen. Er habe sein Verhalten schon lange bereut gehabt und könne es jetzt nicht mehr verstehen. Was ihn eigentlich dazu veranlaßt habe, von der Truppe fernzubleiben, könne er beim besten Willen nicht angeben, er habe einfach nicht fortgekonnt.

Seit Kindheit angeblich Krampfanfälle (ohne Verletzung und Zungenbiß), bei Aufregungen auftretend. Habe wegen seiner Anfälle häufig die Stellen verlassen. Aufgehobener Rachenreflex, Herabsetzung der Schmerzempfindung an der rechten Körperhälfte, Lidzittern, Schwanken bei Augenfußschluß. Gleichgültigkeit, etwas gedrückte Stimmung. Bei Besprechung seiner Straftat einsilbig, abweisend, lehnt anfangs jede nähere Auskunft über seine Tat ab, keine Schwindel- oder Krampfanfälle beobachtet.

Beurteilung. Psychopath mit hysterischen Anfällen und andern hysterischen Symptomen. Zur Zeit der Tat zurechnungsfähig.

Fall 13. L., geb. 6. 2. 93. Unerlaubte Entfernung (Urlaubsüberschreitung). Hysterischer Psychopath, Widerwillen gegen Dienst. Gemindert zurechnungsfähig.

L. kehrte nach Ablauf seines ihm vom 3.—23. 7. 16 nach Kiel gewährten Urlaubes nicht in seine Garnison nach Wismar zurück, sondern fuhr erst am 27. 8. 16 von Kiel ab. In Hamburg wurde er wegen Urlaubsüberschreitung festgenommen. Als Erklärung für sein Verhalten gab L. zunächst an, man habe ihm vor Antritt desUrlaubs gesagt, daß alle Arbeitsverwendungsfähigen und Garnisondienstfähigen in ihre alten Betriebe entlassen würden. Er habe Arbeit auf der Werft Kiel-Gaarden angenommen, allerdings versäumt, dies der Kompagnie mitzuteilen, und nicht Urlaub eingereicht. Da er von der Kompagnie keine Nachricht bekommen habe, sei er schließlich am 27. 8. von Kiel abgefahren. Später erklärte L., er habe sich am 23. 8. 16 in Kiel wegen Kopfschmerzen krank gemeldet. Man habe ihm jedoch gesagt, er solle sich zu seinem Truppenteil begeben. Wegen seines schlechten Befindens sei er jedoch erst am 27. 8. abgefahren.

L. ist am 6. 5. 15 durch Kopfschuß (Durchschuß von der Nase zum linken Ohr) verwundet worden. Die körperliche Untersuchung ergab deutliche Empfindlichkeit des l. N. supraorbitalis. L. N. fac. gelähmt. Taubheit links.

Vorleben: Er habe auf der Schule schlecht gelernt. Nach Angabe

der Mutter von Kind auf nervös. Im Jahre 1911 oder 1912 habe er einen Unfall erlitten, sei mit dem Kopf beim Heueinfahren gegen den Balken einer Scheune gefahren und mehrere Stunden bewußtlos gewesen, habe mehrmals Erbrechen gehabt. Sein Gedächtnis sei seitdem schlecht, habe jedoch nach der Schußverletzung noch mehr nachgelassen. Über nervöse Belastung in der Familie ist nichts bekannt. Bei der Aufnahme klagte L. über Schmerzen in Stirn und Hinterkopf, Schwindelanfälle und Ziehen im linken Arm. Die Beschwerden blieben während der ganzen Beobachtung dieselben. L. machte meist einen mürrischen, verdrießlichen und gereizten Eindruck. Zeitweilig war er schlafsüchtig. Die Intelligenzprüfung ergab außer einer Verlangsamung des Gedankenablaufs beschränktes Wissen. Die Merkfähigkeit war jedoch bei mehrfacher experimenteller Prüfung herabgesetzt. Mehrmals trat bei schwierigen Aufgaben die Ermüdbarkeit und der Mangel an Konzentrationsfähigkeit bei ihm hervor. L. gab sich ersichtlich Mühe, brach dann in Tränen aus und konnte die Aufgaben nicht lösen. Atmung und Puls waren dann beschleunigt.

Beurteilung. Hysterischer, nicht schwachsinniger Psychopath. Verstärkung der Symptome seit Gesichtsschuß. Gemindert zurechnungsfähig.

Fall 14. P., geb. 23. 1. 95. Unerlaubte Entfernung (Urlaubsüberschreitung, Fluchtversuch). Widerwillen gegen Dienst. Unsteter Psychopath mit hysterischen Zügen und leichtem Schwachsinn. Psychogener, zum Teil simulierter Dämmerzustand. Gemindert zurechnungsfähig.

P. war auf der Wachstube des Massenquartiers „Kaisersaal" Rostock wegen Urlaubsüberschreitung untergebracht. Von hier unternahm P. einen Fluchtversuch. Bei seiner Festnahme machte P. den Eindruck eines Geisteskranken, indem er wirre Redensarten führte und drei Fensterscheiben eines Hauses einschlug. Außerdem versuchte P. auf den ihn festnehmenden Landsturmmann N. einzuschlagen, so daß letzterer in Notwehr Gebrauch von seinem Seitengewehr machte und dem P. eine stark blutende Kopfwunde beibrachte. Im Lazarett, wohin man P. schaffte, schlug er aus Ärger, da er nichts Rauchbares erhielt, mehrere Fenster ein.

Vorgeschichte. Seine Eltern leben seit Jahren getrennt, und es herrschen Zustände sittlicher Verwahrlosung in seiner Familie. In der Schule soll P. schlecht gelernt haben. In seiner Familie herrschte eine deutschfeindliche Stimmung. Die Umgangsprache war Polnisch. In seinem 12. Lebensjahre machten die verwahrloste Erziehung sowie mehrere kleine Diebstähle, die er sich zuschulden kommen ließ, nach Abbüßung einer zweimonatigen Gefängnisstrafe seine Überführung in eine Fürsorgeanstalt nötig. P. erlernte das Schneiderhandwerk. Von seinem zweiten Lehrmeister entfernte er sich, nachdem er eine kleine Summe unterschlagen und bei einem größeren Diebstahl den Hehler gespielt hatte. In Dortmund

wurde er verhaftet und am 7. 9. 14 zu 7 Monaten Gefängnis verurteilt. Nach Verbüßung der Strafe wurde P. am 9. 6. 15 in das Reserve-Infanterieregiment 75 eingestellt und kam am 1. 12. 16 zur Front. Nach Verheilung einer leichten Schußverletzung kam P. zur Genesendenkompagnie nach Rostock, wo er sich die obengenannten Delikte zuschulden kommen ließ.

Beobachtung. P. war örtlich und zeitlich genau orientiert. Bei allen Fragen nach den seiner Einlieferung vorausgegangenen Erlebnissen zeigte P. einen dösigen Gesichtsausdruck, wußte angeblich nicht, wie und weshalb er in die Klinik gekommen war. Diesen unglaublichen Erinnerungsdefekten stand ein ebenso unwahrscheinlicher Schwachsinn gegenüber. In seinem Affektleben ist P. äußerst empfindlich, sehr reizbar und zornmütig. Körperlich ausgesprochen femininer Habitus.

P. ist ein leicht schwachsinniger, unsteter und reizbarer Psychopath mit hysterischen Zügen. Gemindert zurechnungsfähig.

Fall 15. W., geb. 10. 6. 94. Unerlaubte Entfernung, nach Bestehlung eines Kameraden. Hysterischer Psychopath. Zurechnungsfähig.

W. hat sich im Felde unerlaubt von seiner Truppe entfernt, nachdem er einen Kameraden bestohlen hatte, und begab sich zu seinem in C. stehenden Bruder. Auf dessen Rat meldete er sich zwei Tage darauf bei der Ortskommandantur in C. Auf der Wache in C. erkrankte W. plötzlich mit 39,5 Fieber. Im Lazarett hatte er nur geringes Fieber. Seine Stimmung war anfangs sehr schwankend, er lachte und weinte durcheinander. Zweimal litt er mehrere Tage an Stimmlosigkeit, die jedoch nach Sprechübungen und Zurechtweisung verschwanden. Als W. zuerst wieder aufstand, zeigte er eine hysterische Gangstörung und humpelte an zwei Stöcken. Auch das verschwand rasch unter Gehübungen und Zurechtweisungen. Ein in der ersten Nacht, die er in der Nervenabteilung zubrachte, beobachteter hysterischer Anfall wiederholte sich nicht wieder.

Beurteilung. Die psychopathischen Züge des W. sind nicht so erheblich, daß sie die Zurechnungsfähigkeit des W. ausschließen. W. hat nach späterer Mitteilung auch mehrfach Diebstähle und Betrügereien begangen.

4. Phantasten. Bei dieser eindeutig gekennzeichneten Gruppe ist die Simulation eines schweren Krankheitszustandes bei Fall 18, die schwere psychogene Psychose nach Verhaftung und der Selbstmordversuch des Falles 19 hervorzuheben. Bemerkenswert ist, daß die beiden einzigen Offiziere unseres Materials an forensischen Fällen dieser Gruppe angehören.

Fall 16. B., geb. 11. 2. 96. Unerlaubte Entfernung, angeblich



aus Heimweh, nach Bestrafung. Phantastische Psychopathie mit leichtem Schwachsinn. Als unzurechnungsfähig erachtet.

Kriegsfreiwilliger B. befand sich nach abgeheilter Verwundung an den Händen in der Genesungsabteilung Douai und wurde am 4. 2. 15 wegen Urlaubsüberschreitung mit Kasernenarrest bestraft. Am folgenden Tage will er einen Bekannten getroffen haben, der einen Hafertransport von Geldern nach D. gebracht hatte und nun wieder nach Geldern zurückfuhr. Da habe er plötzlich Heimweh bekommen, so daß er sich einfach mit in den Zug setzte. In Herbestal sah er ein, daß er nicht weiter kommen würde, meldete sich beim Bahnhofskommandanten und erhielt einen Ausweis zur Rückfahrt. Am 15. 2. in Douai festgenommen, als er sich in einen nach Don fahrenden Zug setzen wollte. B. gab sich zunächst als stud. med. aus, während er in Wirklichkeit Gehilfe in dem Zigarren- und Zuckergeschäft seines Vaters ist. Er begründete das damit, daß er einmal vorgehabt habe, Apotheker zu werden. Er trug die Schützenschnur und das Band des Eisernen Kreuzes, was er damit entschuldigte, daß er zum Eisernen Kreuz vorgeschlagen gewesen sei. Beim Regiment erzählte er von allerhand wenig glaubwürdigen Heldentaten.

Vorgeschichte. In der Schule nicht recht gelernt, sollte erst Hufschmied werden, versagte aber dabei, „ich konnte das nicht begreifen mit den Nägeln an den Hufen". Auch im Geschäft seines Vaters machte er oft Fehler. Bei der Truppe wegen seiner Dummheit häufig gehänselt.

Befund. Leichter Grad von Schwachsinn. Erreicht die Stufe der Zehnjährigen nach *Binet-Simon.*

Beurteilung. Phantastische Psychopathie in Verbindung mit leichtem Schwachsinn. Unzurechnungsfähig.

Fall 17. M., geb. 28. 12. 96. Unerlaubte Entfernung nach schweren Kampfeindrücken und angeblicher Schreckwirkung infolge nahen Granateneinschlags. Phantastische Psychopathie bei einem Jugendlichen. Als unzurechnungsfähig erachtet.

18jähriger Kriegsfreiwilliger, der in der ersten Hälfte Oktober 1914 zur Front kam und sofort mehrere Gefechte in der Nähe von La Bassée mitmachte. Den anfänglichen Schrecken im Gefecht will er bald überwunden haben. Als er am 26. 10. aus einem Schützengraben zurückging, schlug eine Granate unmittelbar vor ihm ein, er bekam einen heftigen Schreck, empfand Stiche im Hinterkopf und ging ohne Bewußtsein „langsam zurück", „weil mir die Glieder den Dienst versagten". Etwas später will er Herzkrämpfe bekommen haben und vorübergehend bewußtlos geworden sein. Am Abend desselben Tages sei er beauftragt worden, Verwundete nach La Bassée zu bringen, dort habe ihm ein Stabsarzt gesagt, daß er wegen seiner Herzkrämpfe nicht mehr zur Front gehen solle. Er begab sich deshalb nach Douai. Die Angaben sind im einzelnen



unklar und widerspruchvoll, bald will er mit einem Gefreiten und einem Stabsarzt hergekommen, bald soll der Stabsarzt später in dasselbe Quartier gekommen sein. Anfänglich hatte er auch nichts von Herzbeschwerden angegeben, sondern behauptet, er sei nach Douai geschickt, um sich eine Brille zu besorgen. Er suchte sich ein Quartier in Douai in einem guten Hause, wo er sich bis zu seiner Festnahme 14 Tage lang aufhielt. Verschiedenen Militärpersonen gab er wechselnde, schwindelhafte Erklärungen für sein Hiersein, mehrfach gab er sich als Quartiermacher aus, der drei Offiziere seines Regiments zu erwarten habe. Im Lazarett gab er zu, einfach dageblieben zu sein, weil es ihm in dem Quartier gut gefallen habe, er habe sich weiter gar keine Gedanken gemacht. Einem Feldwebel, der im selben Hause lag, stellte er sich als Einjähriger vor, andern als Gefreiter oder Fahnenjunker und renommierte vom großen Vermögen seiner Eltern, die Güter am Rhein und in Schlesien besäßen. Während der Beobachtung gab er zu, daß ihm dies im Gespräch so eingefallen sei. Zunächst behauptete er auch im Lazarett, er sei selbst Gutsbesitzer, sein Vater habe ihm ein Gut zugeschrieben. Ein andermal wollte er das Gut einer Tante in Schlesien geerbt haben. Während seines Aufenthalts im Quartier beschäftigte er sich u. a. damit, Briefe und Karten an verschiedene Bekannte zu schreiben, die er aber nicht abschickte und die in seiner Brieftasche gefunden wurden, auf denselben unterschrieb er sich Prinz Hans Manitius v. Donnersmark, Leutnant Prinz Hans Manitius, Prinz Hans Manitius von Preußen. Als Prinz Hans von Preußen sendet er „Grüße aus dem schönen Frankreich" an verschiedene, offenbar auch erdichtete adelige Bekannte, z. B. an einen Ritter Hähnel von Kronenthal. Zur Rede gestellt, bezeichnete er dies als Spielereien.

Vorgeschichte. M. hat anfangs gut gelernt, wurde dann faul und mußte von der Schule genommen werden, eine sogenannte Presse zu besuchen weigerte er sich. Er war in verschiedenen Stellen zur Erlernung der Landwirtschaft, tat aber nirgends gut. Bei Kriegsausbruch meldete er sich als Freiwilliger.

Die Untersuchung ergab gute Intelligenz, bei auffällig erleichterter Produktivität. 100 Gegenstände in 3 Minuten aufgezählt. Gewandtes Wesen, Stimmung oberflächlich heiter, der Situation nicht angepaßt.

Beurteilung. Als unzurechnungsfähig erachtet wegen phantastischer Psychopathie bei sehr jugendlichem Alter.

Fall 18. Lt. M., geb. 29. 7. 93. Fahnenflucht, Urkundenfälschung, Zechprellerei und falsche Namensangabe. Anlaß: bevorstehender Fälligkeitstermin einer Schuld. Psychopath mit phantastischen und hysterischen Zügen. Simulation. Zurechnungsfähig.

Am 1. 11. 16 entfernte sich M. ohne Urlaub aus der Garnison, um in H. bei einem Onkel Geld zu leihen, das er zur Bezahlung einer am



nächsten Tage fälligen Schuld benötigte. Als er kein Geld erhielt, fuhr er weiter nach Hamburg, traf sich dort mit seiner Geliebten, einer Putzmacherin, und begab sich mit derselben in ein Hotel in einem Vorort von Hamburg. Nach einigen Tagen verschwanden beide von dort unter Hinterlassung von Schulden und nachdem M sich unter einem Adelsnamen in das Fremdenbuch eingezeichnet hatte. In einem andern Vorort von Hamburg hielt er sich wieder einige Tage mit seiner Geliebten auf, legte sich dort wieder einen Adelsnamen bei und konnte auf Mahnung seine Schulden nicht bezahlen. Vom Hotelbesitzer gedrängt, inszenierten beide einen Selbstmordversuch, indem sie ins Wasser stiegen und nachher behaupteten, sie hätten sich das Leben nehmen wollen.

Vorgeschichte. Nach Angaben der Angehörigen mehrere Fälle von Geisteskrankheit in der Familie. M. hatte sich bei der Einstellung zum Militär fälschlich als Student der Rechtswissenschaften bezeichnet, während er in Wirklichkeit Justizanwärter war. Von Jugend auf lebhafte Phantasie, schauspielerische Talente, verfaßte Novellen und Theaterstücke; glaubte, ein großer Musiker oder ein großer Schriftsteller zu sein. Stimmung sehr wechselnd. Machte Schulden, entfernte sich wiederholt nach Zurechtweisungen seitens der Eltern von Hause, behauptete, Selbstmordversuche gemacht zu haben, über die seine Angaben sehr unwahrscheinlich sind. Als Kriegsfreiwilliger eingetreten. Einmal mit drei Tagen strengem Arrest bestraft, weil er bewußt die Wahrheit verschwiegen hatte, um sich in ein günstiges Licht zu stellen. Später wegen nervöser Herzbeschwerden, Schwindelanfällen und Schlaflosigkeit in Feld- und Heimatlazaretten behandelt. Danach dem Ersatztruppenteil überwiesen. Dort ereigneten sich die jetzigen Straftaten.

Beobachtung. Angaben über die Vorgeschichte und die Straftaten wechselnd, widerspruchvoll, zum Teil nachweislich erlogen. Suchte von hier aus Beziehungen zu einer Rostocker Dirne zu unterhalten, neben den Beziehungen zu seiner Geliebten. Gegen Ende der Beobachtung Simulation eines Krankheitszustandes: klagte über Ohrenschmerzen, hatte bei Selbstmessung hohes Fieber (in Wirklichkeit fieberfrei), schien benommen, taumelte, beging absichtliche Ungeschicklichkeiten. Machte sich einen riesengroßen Kopfverband, sprach lallend, hatte angeblich Doppelsehen und sah statt einer „viele Uhren". Nach starker Faradisation verschwanden alle diese Erscheinungen. Nach Verbringung in die Haft zertrümmerte er dort eine Zimmertür.

Körperlich: herabgesetzter Rachenreflex.

Beurteilung. Psychopath mit phantastischen und hysterischen Zügen. Zur Zeit der Straftaten zurechnungsfähig.

Fall 19. Lt. R., geb. 25. 2. 95. Unerlaubte Entfernung in pathologischem Angstaffekt nach Sturmangriff. Phantastischer Psychopath. Nach der Tat zweifelhafter Selbstmordversuch und psychogene Psy-



chose mit konfabulierten und expansiven Selbstbezichtigungen. Als unzurechnungsfähig erachtet.

Leutnant R. meldete sich am 31. 1. 16 bei der Ortskommandantur eines Vororts von Douai mit der Angabe, er habe sich vor einigen Tagen unerlaubt von seiner Truppe entfernt, nachdem er in der Nacht vom 25. auf 26. 1. 16 den Franzosen verraten hätte, daß am 26. morgens von deutscher Seite eine Sprengung gemacht werden sollte. Er sei ein Feind dieser hinterlistigen Kriegführung. In der Nacht sei er beim Kontrollieren der Posten durch einen alten Verbindungsgraben nahe an die französische Stellung herangegangen und habe seine Warnung auf französisch hinübergerufen. Nachdem am 26. morgens gesprengt worden war, habe er am Nachmittag einen Sturmangriff auf den Sprengtrichter mitgemacht, der aber abgeschlagen wurde. Beim Zurückgehen hörte er angeblich einen Mann sagen, „der Angriff muß verraten sein, sonst könnte nicht alles mißlingen". Aus Angst, daß sein Verrat entdeckt sei, sei er ohne weitere Überlegung fortgelaufen. In einem Graben begegnete ihm sein Regimentskommandeur, Oberstleutnant L. Er nahm an, daß dieser auch schon von seinem Verrat wisse und ihn festhalten wolle; daher zog er seinen Revolver und schoß L. nieder. Auf einer Straße traf er eine zurückfahrende Maschinengewehrkompagnie, fuhr auf einer Protze mit nach R. und von da mit dem Zuge nach Douai. Er begab sich in einem Vorort von Douai in sein früheres Quartier und hielt sich dort mehrere Tage auf. Er unterhielt sich mit den Töchtern des Hauses, spielte mit ihnen Klavier und will immer geschwankt haben, ob er sich melden oder sich das Leben nehmen sollte. Schließlich verlangte er in einer Apotheke Opium oder Morphium. Und als er dies nicht bekam, ein Schlafmittel und etwas Aspirin. Etwa 10 g Chloralhydrat und einige Aspirinpulver löste er in einem kleinen Fläschchen auf und trank die Menge angeblich auf dem Wege zur Ortskommandantur, wo er die vorstehende Meldung abgab, weil er vor seinem Tode alles erzählen wolle. Er wurde auf der Ortskommandantur schläfrig, wurde zu Bett gebracht und am andern Morgen dem Lazarett zugeführt, wo er leicht benommen war, taumelte und schwachen Puls zeigte. Abgerissene Äußerungen, „ich will doch sterben", dann einmal wie aus einem Traum: „Es ist 12 Uhr, die Kompagnie muß zum Essen antreten", schläft darauf 5 Stunden fest und ist dann völlig orientiert und geordnet bei labiler Stimmung.

Die Angaben über den angeblichen Verrat, die unerlaubte Entfernung, die Erschießung des Regimentskommandeurs machte er an den folgenden Tagen genau so wie auf der Kommandantur. Wird bei Einwänden erregt und hält daran fest, obwohl der Verrat nach seinen eigenen Angaben überaus unwahrscheinlich ist, sein Regimentskommandeur auf Urlaub in Deutschland weilt und überhaupt kein Offizier des Regiments in den fraglichen Tagen gefallen oder verwundet worden ist.

4*



Vorgeschichte. Vater angeblich Trinker, Mutter nervös und gelähmt, eine Schwester geisteskrank. Selbst sehr guter Schüler gewesen, immer heiter, rasch umschlagende Stimmung, vielerlei, besonders künstlerische Interessen; wollte Komponist werden. Bei Erkenntnis seiner unzureichenden Begabung verzweifelt, Selbstmordversuch durch Schuß in die Herzgegend. Unwahrscheinliche Erzählung von operativer Entfernung der Kugel und Einsetzen einer Silberplatte in eine Rippe. Unwahrheit durch Röntgenaufnahme nachgewiesen. Habe viel philosophiert. Gehört einer „Loge zum aufsteigenden Leben“ an, deren Mitglieder nackt zusammenkamen, angeblich um ihre Sittlichkeit zu heben. Bringt eine Menge unklarer philosophischer Ideen vor. Redet von dem „Mitgangproblem“, das von Nietzsche stammen soll und auf Grund dessen nur vollwertige Menschen einander heiraten sollen, hörte Vorträge über Hypnotismus, las über Spiritismus. Nach Erkundigungen beim Regiment ist er auch dort als Phantast bekannt, war aber als Soldat sehr tüchtig. Im Schlaf schreckte er öfter auf und sprach laut.

Beobachtung. Heiter, spricht lebhaft, meidet Unterhaltung mit Lazarettinsassen keineswegs. Hält dauernd an seinen Erzählungen fest, verfaßt ein unklares philosophisches Schriftstück, ist aber im übrigen geordnet. Nachts wiederholt laut gesprochen, aufgesprungen und herausgedrängt, hat dafür tags Amnesie. Bekommt nach einem Ringen mit dem Wachpfleger einen Weinkrampf. Ein Fläschchen mit 20 g Chloralhydrat, das er bisher zu verstecken gewußt hatte, wird bei ihm gefunden.

Klagen über Kopfschmerzen. Am 7. 2. in Haft abgeholt. Am 24. 2. aus der Haft wieder zugeführt nach einem Tobsuchtsanfall. Derselbe erfolgte, nachdem ihm der Kriegsgerichtsrat vorgehalten hatte, daß seine ganzen Erzählungen unwahr seien. Er verfaßte darauf ein langes Rechtfertigungsschreiben, indem er den Kriegsgerichtsrat und das Gericht als unfänig bezeichnete, schlief die ganze Nacht nicht, hatte den folgenden Tag Kopfschmerzen, bekam Schwindel, schlug alles in seinem Zimmer kurz und klein und zündete das Bett an. Bei Ankunft seines Verteidigers beruhigt. Bei der Wiederaufnahme geordnet, aber heiter, schimpft auf das „blödsinnige Gericht“, singt zeitweise, bezeichnet sich als Hellseher, verlangt zu sterben durch „Richterhand“, das sei etwas Neues und Interessantes, er werde dadurch berühmt werden, will noch auf dem Gang zur Richtstätte seine inneren Erlebnisse aufschreiben und selbst Feuer kommandieren.

1. 3. in eine heimatliche Anstalt abtransportiert.

Beurteilung. Gutachten war noch nicht erfordert. R. wäre etwa zu beurteilen als phantastischer Psychopath, der nach abgeschlagenem Sturmangriff in pathologischem Angstaffekt davonlief. Die spätere psychogene Psychose entsprang dem Wunsche, sich den Folgen seiner Tat zu entziehen.

Fall 20. K., geb. 18. 8. 79. Fahnenflucht. Psychopath mit



phantastischen Zügen. Wahrscheinlich Widerwille gegen Dienst und Furcht vor Frontdienst. Gemindert zurechnungsfähig.

K. war am 12. 1. 16 von einer Untersuchung in der Nervenklinik Rostock-Gehlsheim, wo er wegen einer funktionellen Bewegungsstörung und Zittern eines Armes behandelt wurde, nicht zur Truppe zurückgekehrt, sondern hatte sich unerlaubterweise von der Truppe entfernt, da ihm angeblich der erbetene Urlaub abgelehnt war. Am 27. 4. 16 wurde er bei Demmin von dem Gendarmeriewachtmeister St. festgenommen. Diesem gegenüber machte K. über sein Vorleben und seine Personalien völlig falsche Angaben. Zur Begründung seines jetzigen Aufenthaltes gab K. an, bis zum 24. 4. 16 wegen Verletzung durch Fliegerbombe im Garnisonlazarett Hannover gewesen zu sein, einen diesbezüglichen Zettel mit der Unterschrift Schwanbeck, San.-Unt., wies er zur Beglaubigung vor. Bei den zunächst vor Gericht der stellv. 42. Infanteriebrigade geführten Untersuchungen machte K. wiederum über seine Persönlichkeit und Militärverhältnisse falsche Angaben. Am 21. 10. 16 bat er das Gericht, ein Bild von ihm an das Füsilierregiment 90 in Rostock oder an das Brigadegericht Schwerin zu senden, damit seine Sache aufgeklärt werde. Dadurch wurden seine Personalien schließlich festgestellt. Über sein Vorleben gab K. hier an: Sein Vater sèi an Trunksucht gestorben, er selbst habe gut gelernt. Im Zivilleben sei er einmal wegen Vagabundierens mit 8 Tagen vorbestraft und in seiner aktiven Dienstzeit wegen Urlaubsüberschreitung mit 7 Tagen Mittelarrest.

Laut Strafregister der Untersuchungsakten des Gerichts der stellvertretenden 34. Infanteriebrigade wurde K. 1901 mit 16 Tagen Mittelarrest wegen Unterschlagung, 1903 in Blumenthal wegen Betrugs mit 3 Tagen Gefängnis und 1904 in Berlin wegen Nichtbeschaffung eines Unterkommens mit 3 Tagen Haft bestraft. Am 15. 9. 14 kam K. ins Feld. Mitte Dezember 1914 entfernte er sich unerlaubterweise von der Truppe unter der Angabe, er sei von der Division als Schofför angenommen worden. Über verschiedene Lazarette landete er schließlich beim Ersatzbataillon Rostock, wo er nach seiner Festnahme wiederum durch falsche Angaben seine Identifizierung erschwerte. Das Band des Eis. Kreuzes hatte er sich außerdem in unrechtmäßiger Weise angelegt. Für alle diese Delikte wurde K. mit 6 Monaten und 1 Woche Gefängnis bestraft. Nach Strafverbüßung meldete er sich im Januar 16 wegen einer funktionellen Armlähmung krank und wurde in der Nervenklinik Rostock-Gehlsheim behandelt.

Die körperliche Untersuchung ergab außer Zittern am ganzen Körper schon bei geringen Aufregungen und Herabsetzung der Schmerzempfindung an verschiedenen Körperstellen keinen krankhaften Befund. Psychisch war K. stets geordnet, in seinen Antworten scheinbar schüchtern und ängstlich. Die Intelligenzprüfung ergab keine krankhaften Ausfälle auf irgendeinem Gebiet. Die Stimmung war dauernd leicht gedrückt



und etwas ängstlich. Die Ängstlichkeit wich aber sofort, wenn er den Arzt nicht in seiner Nähe glaubte. Dann war er sogar zu Scherzen aufgelegt. Der Schlaf war unruhig. Im Verkehr mit den andern Patienten neigte K. dazu, über sein Vorleben frei erfundene, phantastische Angaben zu erzählen. Die gleiche Neigung zur Lügenhaftigkeit bekundete er auch bei verschiedenen Explorationen über seine Straftaten. Als ihm aktenmäßig die völlige Unrichtigkeit aller seiner Erzählungen nachgewiesen wurde, meinte er zur Entschuldigung, das sei ihm so in den Kopf gekommen, und was er denke, müsse er auch sagen. Die Strafbarkeit seiner Handlungen gab K. stets ohne weiteres zu.

Das Gutachten lautet dahin, daß bei K. zwar eine gewisse Veranlagung zur Pseudologia phantastica besteht, daß diese Anlage aber bei ihm nicht in einem die Zurechnungsfähigkeit völlig ausschließenden Grade vorliege. Gemindert zurechnungsfähig.

5. Ängstliche Psychopathen. Die ängstlichen Psychopathen treten erst im Kriege deutlich als Abnorme hervor. Mehr als die Hälfte der Leute ist auch in körperlicher Hinsicht dürftig entwickelt, kränklich bzw. mit erworbenen Fehlern behaftet (Fall 21 Herzfehler, Fall 25 Rheumatismus, Fälle 22 und 25 schwächlich). Bei Fall 24 war die angeborene Ängstlichkeit durch einen Granatschreck verschlimmert. Fall 23 ist nebenher ein haltloser Psychopath. Die übrigen Fälle zeigen keine Charakterfehler. Schon daraus ersieht man, daß die von diesen Soldaten gezeigte Feigheit meist nicht auf einem sittlichen Mangel beruht. Die ängstlichen Psychopathen sind wohl zu unterscheiden von den konstitutionell Depressiven, den übermäßig ernst, sorgenvoll, gewissenhaft Veranlagten. Es ist bezeichnend, daß trotz der großen Zahl im Felde und auch im Heimatsgebiet beobachteter periodischer Depressionszustände, die häufig gerade konstitutionell Depressive betrafen, kein Fortläufer eine melancholische Psychose oder Veranlagung aufwies. Das hängt wohl mit der besonders entwickelten Gewissenhaftigkeit dieser Menschen zusammen. Mit den Neurasthenikern, zu denen z. B. *Schmidt* die Ängstlichen rechnet, sind die Ängstlichen nicht ohne weiteres identisch. Längst nicht bei allen Neurasthenikern tritt gerade die Eigenschaft der Ängstlichkeit so stark hervor.

Hervorzuheben ist noch, daß einer der ängstlichen Psychopathen — Fall 25 — eine Selbstverstümmelung beging und wahrscheinlich unmittelbar nach derselben in eine psychogene Geistesstörung (Stupor) verfiel.

Fall 21. M. Unerlaubte Entfernung von der Truppe. Angst-



gefühl mit triebhaftem Davonlaufen. Ängstlicher Psychopath. Unzurechnungsfähig.

M. ist am 29. 8. 14 als Kriegsfreiwilliger eingetreten. Während der Ausbildungszeit will er häufig aufgeregt gewesen sein, zum Beispiel wenn seine Kameraden ihm in der Unterhaltung widersprachen. Beim Übungsschießen ging ihm angeblich jeder Schuß durch Mark und Bein. Diese Reizbarkeit und Schreckhaftigkeit habe er schon von Kind an. Mit 15 Jahren Gelenkrheumatismus und Herzfehler. Seine Mutter sei nervenkrank gewesen. (Nach M.s Beschreibung Hysterie.)

Am 29. 2. 15 kam M. an die Front. Nachdem er das erste Mal 24 Stunden im Schützengraben gewesen war, kam er wegen Herzstechens auf 12 Tage ins Revier. Als er zum zweiten Mal im Schützengraben war, fühlte er sich dort unruhig, erschrak bei jedem Schuß sehr heftig und mußte immer hin und her laufen. Vom 27. 12. 15 ab befand sich seine Abteilung in Reserve. M. konnte jedoch die Gedanken an die schrecklichen Eindrücke an der Front nicht los werden. Am 29. 12. 15 machte er einen Spaziergang, auf dem er das nicht ferne Artilleriefeuer deutlich hörte. Da habe ihn plötzlich ein Angstgefühl überkommen, und er sei ohne weiteres Nachdenken querfeldein davongelaufen. Er habe nur den einen Gedanken gehabt: „weg von alledem“. In einem Strohhaufen habe er genächtigt und sei dort 2 Tage geblieben, bis ihn der Hunger nach Douai weitergetrieben habe, jedoch habe er nicht den Mut gehabt, sich irgendwo zu melden. Am 3. 1. 15 ließ er sich von einem Soldaten des 1. Garderegiments ohne Widerstreben mitnehmen. Im Lazarett geordnet. Körperlich ausgesprochener Herzfehler (Mitralinsuffizienz) nach Gelenkrheumatismus.

Beurteilung: Die Handlung des M., dessen Angaben glaubwürdig erscheinen, stellt sich als ein triebhaftes und von einem Angstgefühl eingeleitetes Davonlaufen dar. M. ist ein krankhaft leicht erregbarer, ängstlicher Psychopath. Ein Herzfehler begünstigte das Auftreten von Angstgefühlen. Zur Zeit der Tat als unzurechnungsfähig erachtet.

Fall 22. L., geb. 26. 10. 86. Unerlaubte Entfernung von der Truppe. Angst mit triebhaftem Handeln. Ängstlicher Psychopath. Unzurechnungsfähig.

L. hat sich wiederholt eigenmächtig von seinem Truppenteil entfernt. Am 25. 5. 15 war er wegen unerlaubter Entfernung von der Truppe zu 3 Monaten Gefängnis verurteilt worden. Am nächsten Tage entlief er gleich von neuem und versteckte sich in einem Keller.

Vorgeschichte. L., dessen Mutter an Fallsucht gelitten haben soll, will von Jugend auf still, ängstlich, schreckhaft und schüchtern gewesen sein. Als Soldat wurde L. wegen seiner Stille und Ängstlichkeit von den Kameraden viel gehänselt, so auch im Felde. Anstrengende Arbeit habe ihn immer sehr angegriffen.



Bis Anfang Januar 1915 tat L. Dienst bei einem Pionierregiment in der Heimat. Vom 7. 1. bis Ende 1. war L. wegen Lungenentzündung im Lazarett. Er kam dann zu einer Pionier-Feldkompagnie. Das Granatfeuer habe ihn sehr stark aufgeregt, und er habe Zittern am ganzen Körper dabei gehabt. Seit seiner Lungenentzündung habe er immer viel an Kopfschmerzen und großer Mattigkeit gelitten. Der Arzt habe ihn aber nicht krank geschrieben. Deshalb habe er sich schließlich am 2. 5. entfernt. Unmittelbar nach seiner Verurteilung hat sich L. am 26. 5. von neuem von der Truppe entfernt und in einem Keller versteckt gehalten. Über die Gründe seines Verhaltens und seine Absichten kann L. keine Auskunft geben. Das sei so über ihn gekommen. Während der Beobachtung zeigte L. stets eine gedrückte Stimmung, sehr geringe Regsamkeit und eine leidende Miene. Er klagte viel über Kopfschmerzen. Die Strafbarkeit seines Handelns sah L. vollkommen ein, sagte jedoch, er habe sich nicht anders helfen können. Körperlich ist L. auffällig blaß, hat abstehende Ohren, vorquellende Augen und feinschlägiges Zittern der Hände, Rachen- und Hornhautreflexe = 0.

Beurteilung. Ängstlicher, schwächlicher Psychopath mit Basedowerscheinungen. Mögliche Verschlimmerung durch Lungenentzündung. Wiederholtes, angstvoll-triebhaftes Davonlaufen aus Furcht vor den Frontgefahren. Zur Zeit der Tat unzurechnungsfähig.

Fall 23. Sch. Unerlaubte Entfernung, nach Wortwechsel. Ängstlicher, unsteter Psychopath. Unzurechnungsfähig.

Sch. hat sich am 1. 1. 16 unerlaubt aus der Stellung entfernt. Als der Gefreite K., der bis 9 Uhr Wache stehen mußte, dem Sch. zurief, daß dieser ihn um 9 Uhr ablösen müsse, weigerte sich Sch., weil er noch nicht an der Reihe sei, und es kam zu einem Wortwechsel. Trotz gütlichen Zuredens seiner Kameraden ließ sich Sch. nicht halten, sondern ging fort unter dem Vorwand, er gehe zum Feldwebel. Am 6. 1. 16 wurde er in einer Wirtschaft in Douai von einem Kameraden aus seiner Batterie zufällig getroffen und zu seinem Truppenteil gebracht. Bei seiner Vernehmung in Douai gab er an, er fühle sich unglücklich unter den viel jüngeren Kameraden, er wisse nicht, wie er nach Douai gekommen sei, er sei planlos davongelaufen. Sch., der am 15. 3. 15 als ungedienter Landsturmmann zum Fußartillerieregiment Nr. 10 in Straßburg eingezogen war, hat sich wiederholt von seinem Truppenteil entfernt, weswegen er in der dortigen psychiatrischen und Nervenklinik zur Beobachtung war. Das dort erstattete Gutachten bezeichnet ihn als einen geistig minderwertigen Menschen, der auf äußere Anlässe hin zu nachhaltigen Verstimmungen neige und der auch in seiner ganzen Lebensführung einen Zug zum Unsteten zeige.

Von Jugend auf ängstlich und in schwieriger Lage kopflos. Machte sich oft Gewissensbisse, ging oft beichten. Unstetes Leben, häufiger Stellenwechsel. Ist einmal aus Kummer, weil er bestohlen worden war, aus seiner



Stellung weggelaufen. Kam sozial immer weiter herunter, oft stellenlos. Wegen Bettelns bestraft. Im Lazarett gedrücktes, ängstliches und schreckhaftes Wesen, später reizbar der Schwester gegenüber, entlief aus dem Lazarett. Im Affekt Zittern und Stottern.

Beurteilung. Sch. ist ein haltloser Mensch mit ängstlicher und labiler Gemütslage. Bei der letzten Entfernung haben Angst vor Beziehen des Grabenpostens und Erregung durch Wortwechsel zusammengewirkt. Unzurechnungsfähig zur Zeit der Tat.

Fall 24. St., geb. 17. 2. 81. Unerlaubte Entfernung aus der Stellung. Ängstlicher Psychopath. Schreckneurose, Furcht vor Gefahr. Gemindert zurechnungsfähig.

St. hat sich in der Nacht des 13./14. 7. 16 unerlaubt von seinem Posten im Graben entfernt. Er wußte, daß in dieser Nacht ein Angriff der Engländer erwartet wurde. Vorher hatte er den Gruppenführer gebeten, austreten zu dürfen. Er begab sich in einen weiter zurückgelegenen Unterstand, wo er sich schlafen legte, und in dem er bis zum Abend des folgenden Tages verblieb. Auf den von Kameraden herbeigeholten Unteroffizier K. machte St. einen aufgeregten Eindruck; er zitterte und konnte vor Aufregung nicht recht sprechen.

St. will von Jugend auf ängstlich und leicht erregbar gewesen sein und vor 5 Jahren eine Gehirnerschütterung durch Fall aus einer Scheune erlitten haben. Seit 20. 3. 16 im Felde, sollen ihn die Kriegseindrücke von Anfang an sehr erregt haben. Am 21. 6. sei er durch eine in seiner Nähe einschlagende Granate heftig erschrocken und vorübergehend betäubt gewesen. Seitdem habe seine Ängstlichkeit und Schreckhaftigkeit sehr erheblich zugenommen. Er war zuletzt 2 Tage im Graben; bis zur 3. Nacht habe sich seine Ängstlichkeit so gesteigert, daß er es auf seinem Posten nicht mehr aushalten konnte. Im Lazarett verhielt sich St. geordnet, jedoch still und scheu.

Beurteilung. St. ist nach seiner glaubwürdigen Angabe ein stiller, scheuer, zur Ängstlichkeit geneigter Mensch. Verschlimmerung dieser Züge seit Schreckerlebnis. Sicher hat St. unter dem Einfluß einer krankhaft gesteigerten Angst gehandelt, welche seine Überlegung und Willensentscheidung ungünstig beeinflußte. Trotzdem geht aus den Angaben des St. und der Zeugen nicht hervor, daß St. so schwer psychisch gestört war, daß seine freie Willensbestimmung gänzlich aufgehoben war. Er war bei seiner Entfernung nur gemindert zurechnungsfähig.

Fall 25. H. Selbstverstümmelung aus Furcht vor Ausrücken in gefährliche Stellung bei einem ängstlichen Psychopathen mit körperlicher Schwäche und Kränklichkeit. Psychogene Geistesstörung nach der Tat. Als unzurechnungsfähig beurteilt.

H. hat sich in der Nacht vom 23. auf 24. 6. 16 in seinem Quartier



durch die linke Hand geschossen. Gleich danach hörte man H. rufen „Hurra“ und „Pardon monsieur, nicht schießen“. Hinzukommende Kameraden fanden H. mit durchschossener Hand auf dem Bauche liegend. Er warf mit Dachziegeln nach den Eintretenden und wehrte sich mit Händen und Füßen gegen das Festhalten. Dann fing er an zu zittern. Dabei phantasierte er fortwährend von den bevorstehenden Kämpfen in der demnächst zu beziehenden neuen Stellung.

H. war schon seit einiger Zeit gedrückt und tiefsinnig, seit bekannt geworden war, daß das Regiment in die Gegend von Arras käme, besonders nachdem am Nachmittage vor der Tat eine Belehrung über das Verhalten in der neuen Stellung und das Werfen mit Handgranaten abgehalten worden war. Er hielt sich darüber auf, daß alte Wehrleute in den Graben sollten, während Rekruten abkommandiert würden. Abends konnte er nicht einschlafen, rauchte fortwährend und klagte über Kopfschmerzen.

Vorgeschichte. H. ist bei der Mobilmachung ausgerückt, kam im September 1914 wegen Rheumatismus zurück, an dem er schon früher gelitten habe, ebenso wie an Kopfschmerzen. Im Oktober zur Truppe zurückgeschickt, wurde er wegen dauernder rheumatischer Beschwerden und geringer Leistungsfähigkeit nicht an der Front, sondern in einer Bataillonswäscherei beschäftigt. Erst bei der Verlegung des Regiments in die Gegend von Arras sollte er Frontdienst tun.

Befund. Seit der Tat befand sich H. im Zustande geistiger Störung, sprach von Schwarzen, die ihn überfallen wollten, hatte tobsüchtige Erregungszustände, verhielt sich dazwischen teilnahmlos. Nach wenigen Tagen entwickelte sich ein Stupor, in dem nur wenige und meist im Sinne des Danebenredens erfolgende Antworten zu erzielen waren. Zum Beispiel: 3 × 3 = viel . . . 15, 6 × 6 = 16, ein Zehnpfennigstück wird als Fünfzigpfennig bezeichnet, ein Zweimarkschein als bemaltes Papier. Es bestand Katalepsie und allgemeine Herabsetzung der Schmerzempfindung. Nach 3 Wochen allmähliche Besserung; aber noch längere Zeit bestand Schwerbesinnlichkeit und vereinzelt noch Danebenreden. Erinnerungsverlust für die Tat und die darauf folgenden 3 Wochen. Beiderseits, besonders linksseitig, Ischias: Beschwerden allerdings übertrieben.

Beurteilung. H. hat die Selbstverstümmelung in einem Zustande hochgradiger Angst vor den bevorstehenden Kämpfen begangen. Ob die psychogene Geistesstörung schon zur Zeit der Tat bestand oder erst unmittelbar nach derselben ausbrach, ist — obwohl das letztere wahrscheinlicher ist — nicht sicher zu entscheiden. H. ist ein ängstlicher körperlich schwächlicher, an chronischer Ischias leidender Psychopath. Als unzurechnungsfähig beurteilt.

6. Hypochonder. Hierher gehört nur der Fall 26, der den ängstlichen Psychopathen verwandt ist.

Fall 26. C. Unerlaubte Entfernung von der Stellung. Furcht



vor Gefahr. Hypochondrischer Psychopath. Nach der Tat psychogener ängstlicher Stupor. Unzurechnungsfähig.

C. hat sich am 4. 8. 15 unerlaubt von der Truppe entfernt, bevor er Material in die vordere Stellung bringen sollte. Er begab sich nach O., wo die Quartiere des Bataillons lagen. Am 28. 8. meldete er sich in der Revierkrankenstube in A., wo er über Unwohlsein klagte. Dort wurde erhöhte Temperatur festgestellt und L. dem Revier seines Truppenteils überwiesen, wo er festgenommen wurde. C. behauptet, er habe sich am Tage seiner Entfernung krank gefühlt. Tatsächlich hatte sich C. auch krank gemeldet, war jedoch als dienstfähig wieder zur Truppe geschickt worden. Nach Mitteilung des Bataillonsarztes hat sich C. häufig wegen allerlei Beschwerden krank gemeldet. Er klagte über Zittern, Schwäche in den Gliedern, Angstgefühl, Störungen der Denkfähigkeit, glaubte verrückt zu werden. C. gibt zu, daß er sich vor dem Feuer gefürchtet habe. In den letzten Wochen habe sich seine Schreckhaftigkeit und Ängstlichkeit bedeutend verschlimmert, besonders infolge einer Verschüttung. Von den Kameraden wegen seiner Ängstlichkeit viel gehänselt.

Über sein Vorleben gibt C. an, daß er in der Schule leidlich gelernt habe, er sei immer still und ängstlich gewesen und habe sich über seine Gesundheit viele Sorgen gemacht, ohne daß ihm jemals etwas Ernstliches gefehlt habe. Er las viel in „Gesundheitsbüchern", suchte sich selbst zu kurieren. Zum Heiraten konnte er sich lange nicht entschließen, „weil ich immer so mager war". Machte sich auch viele Sorgen um die Gesundheit seiner Kinder.

Während der ersten 14 Tage im Lazarett befand sich C. in einem ängstlichen Stupor. Er brütete vor sich hin, war sichtlich ängstlich, vermochte auf Fragen kaum ein Wort herauszubringen, brach während der Unterredung häufig in Tränen aus und äußerte ganz unvermittelt Gedanken, die mit den gerade gestellten Fragen gar nichts zu tun hatten. Es war im Anfang ganz unmöglich, über seine Entfernung von der Truppe aus den Äußerungen des C. ein klares Bild zu bekommen. Auch jede Intelligenzprüfung scheiterte an der Ängstlichkeit und den starken Hemmungen, denen C. unterlag. Er wurde dann allmählich freier, und es gelang, aus seinen Äußerungen und seiner schriftlichen Lebensbeschreibung das oben gegebene Bild seiner Vergangenheit und der letzten Ereignisse zu gewinnen.

Beurteilung. Hypochondrisch-ängstlicher Psychopath. Entfernung aus Furcht vor der vorderen Stellung, später psychogener Stupor, dessen Beginn nicht bestimmt angegeben werden kann.

Wahrscheinlich unzurechnungsfähig zur Zeit der Tat.

7. Hypomanische Psychopathen. Die beiden Fälle dieser Gruppe stehen den aktiv Unsteten nahe, worauf schon hingewiesen wurde. Unbeständige Lebensführung, häufigen Stellenwechsel zeigen



sie wie jene. Bei Fall 27 kommen als weitere übereinstimmende Merkmale die zahlreichen früheren Konflikte mit der Rechtsordnung und die zornmütige Reizbarkeit hinzu. Was beide von den Unsteten unterscheidet, ist die ausgesprochene heitere Stimmung, die Schwatzhaftigkeit, die Selbstüberschätzung und die Prahlsucht. D. ist bei den Kameraden dafür bekannt, daß er das große Wort führt. Er plaudert alles aus; auch seinen Plan, sich irrsinnig zu stellen, verrät er jedem, der es hören will. Er ist ein hypomanischer Särfer im Sinne von *Specht* und *Stöcker*. Er will, was bei seiner hypomanischen Veranlagung glaubhaft ist, im Anfang des Krieges, da ihm die Ausbildung zu langweilig wurde, sich „ins Feld" entfernt und sich auf eigene Faust einem Regiment angeschlossen haben, bei dem er verwundet wurde. *Pönitz* hat solche Entfernungen ins Feld ebenfalls, und zwar bei den den Hypomanischen verwandten Naturen mit Reizbarkeit und Abenteuerlust beobachtet. Bei Fall 28 sind die hypomanischen Züge mit einem infantilen Wesen und entsprechendem kindlichen Aussehen gepaart. Bezeichnend war für H. die humorvolle Schilderung, die er von seinem fröhlichen Vagabundierleben im Felde gab, das ihm wie ein gelungener Streich erschien.

Hypomanische Konstitutionen sind in der forensisch-psychiatrischen Kriegsliteratur sonst nicht erwähnt. Möglicherweise sind solche anderwärts unter die Abenteurer und die unsteten und erregbaren Psychopathen gerechnet (vgl. *Schmidt*, Fälle 21, 36 und 37). Auch in unserem Material ist ihre Zahl gering.

Fall 27. D., geb. 27. 11. 76. Unerlaubte Entfernung vor Ausmarsch in die Stellung. Hypomanischer Psychopath. Gemindert zurechnungsfähig.

Am 17. 11. 15 ist D., statt mit seiner Kompagnie in Stellung zu rücken, aus der Ortsunterkunft in W. unerlaubt weggegangen. Als die Kompagnie am 21. 11. aus der Stellung wieder zurückkam und D. zur Bestrafung gemeldet wurde, benutzte D. die Gelegenheit einer Beerdigung, um sich wieder unerlaubt zu entfernen. Er wurde am 23. 11. in Douai festgenommen. Nach Zeugenaussagen hat sich D. während seiner Zugehörigkeit zur Kompagnie auf jede mögliche Weise vom Dienst und besonders vom Schützengraben zu drücken versucht. Schon auf der Fahrt nach Frankreich hat er seinen Kameraden gegenüber geäußert, er werde sich verrückt stellen, um wieder nach Deutschland zurückzukommen. Vor seiner Entfernung kam D., umgeschnallt, mit Gewehr ins Quartier zu dem Wehrmann G. und erklärte, er werde auf Wache ziehen.



In Douai wurde D. von dem Kriegsfreiwilligen W. in einer Wirtschaft angetroffen. D., der ganz nüchtern zu sein schien, erzählte dem W., daß er sich von seinem Regiment entfernt habe und in die Heimat wolle. Dabei äußerte er wieder die Absicht, sich irrsinnig zu stellen. Als D. auf die Anzeige des W. hin festgenommen wurde, rief er auf dem Wege zur Kommandantur mehrmals: „Achtung, Mine!" und schien so Irrsinn vortäuschen zu wollen. Auf der Kommandantur und im Lazarett wollte sich D. auf alle Vorgänge nicht mehr besinnen können und behauptete, daß er im Dämmerzustande gehandelt habe. Diese Bewußtseinsstörung führte er auf einen Granatsplitter im Kopfe zurück. Bei seiner Kompagnie ist D. als Trinker bekannt. D. hat eine lange Strafliste und ist mehrmals wegen Beleidigung, Unterschlagung, Diebstahls und einmal wegen Sittlichkeitsverbrechens verurteilt. In seiner aktiven Dienstzeit ist D. nach seiner eigenen Angabe wegen Trunkenheit bestraft und degradiert worden. Nach Wiederherstellung von seiner Verwundung am 1. 10. 14 entfernte er sich unerlaubt auf der Fahrt zum Ersatztruppenteil und begab sich zu seinen Angehörigen nach Mörs. Er wurde daraufhin in der Straßburger Nervenklinik auf seinen Geisteszustand untersucht und beobachtet, und da keine Zeichen von Geistesstörung nachgewiesen wurden, unter Strafaufschub am 7. 10. 15 zu 6 Monaten Gefängnis verurteilt. Kurz darauf wurde D. noch zweimal wegen Umhertreibens und Trunkenheit bestraft.

Zur Vorgeschichte gibt D. an: Vater Trinker. In der Schule faul, habe häufig den Unterricht versäumt. Schon vor seiner Militärzeit habe er ein uneheliches Kind gehabt. Seine Stellen habe er häufig gewechselt, weil er sehr reizbar sei und im Zorn häufig die Arbeit verlassen habe. Bei Kriegsausbruch habe er sich vor seiner Einberufung freiwillig gemeldet, und da es ihm zu lange dauerte, bis er an die Front kam, sei er auf eigene Faust nach Frankreich gefahren und habe sich dem Regiment Nr. 172 angeschlossen, mit dem er den Feldzug bis zu seiner Verwundung am 4. 10. 14 mitmachte. Nach Angabe seiner Kameraden führte er bei der Kompagnie das große Wort. Während er bis zu seiner Verwundung tapfer gewesen sei, habe er sich später vor jeder Gefahr zu drücken versucht.

D. verhielt sich im Lazarett mit Ausnahme eines Tages geordnet. Seine Stimmungslage war indessen seiner Situation nicht vollkommen angemessen. Er war meistens gut aufgelegt und renommierte trotz seiner Strafe mit seiner Anstelligkeit und Belobigungen, die er erhalten haben wollte. Die Intelligenzprüfung ergab, daß er über vollkommene und ausreichende Urteilsfähigkeit und ein seinem Stande entsprechendes Wissen verfügte.

Beurteilung. D. ist ein psychopathisch veranlagter, hypomanischer Mensch und Gewohnheitstrinker. Mit seiner Schwatzhaftigkeit und Prahlsucht hängt zusammen, daß er wiederholt ohne Vorsicht davon gesprochen hat, fortzulaufen und sich irrsinnig zu stellen. Der



von D. behauptete Erinnerungsverlust verdient keinen Glauben. D. hat vielmehr nach Ausweis der Zeugenaussagen vollkommen planmäßig gehandelt.

D. ist strafrechtlich verantwortlich zu machen, aber seine psychopathische Veranlagung dürfte als mildernder Umstand in Betracht zu ziehen sein.

Fall 28. H., geb. 27. 8. 93. Unerlaubte Entfernung. Furcht vor der Feuerstellung. Hypomanisch-infantiler Psychopath. Gemindert zurechnungsfähig.

Vorgeschichte. In der Schule gut gelernt, stets heiter, lebhaft, will mancherlei unternommen haben, ohne es ordentlich durchzuführen, habe sich einmal eine Violine gekauft, ein andermal einen Malkasten, aber beides nach kurzer Zeit wieder fortgeworfen. Er lernte das Schneiderhandwerk, wechselte häufig seine Stellungen, war viel auf Wanderschaft. Einmal mit 6 Wochen bestraft wegen Unterschlagung. Leicht erregbar, zitterte bei Aufregungen, hatte Schwindelanfälle.

Während seiner Ausbildungszeit beim Militär sei er vor Vorgesetzten immer ängstlich gewesen. Anstrengungen habe er nicht aushalten können. Am 2. 4. 15 kam er ins Feld und wurde zunächst auf der Handwerkstube beschäftigt. Als H. dann zum erstenmal bei der Lorettohöhe ins Feuer kam, fühlte er sich sehr aufgeregt und ängstlich. In der Nacht vom 11. 12. 16 sollte die Kompagnie unter starkem Granatfeuer im Eilmarsch zum Essen abrücken. Dabei fiel H. angeblich in ein Granatloch. Wegen des Artilleriefeuers will er sich nicht getraut haben, wieder herauszukriechen. Nachher habe er seine Kompagnie nicht wiederfinden können. Deshalb begab sich H. in sein früheres Quartier zurück. Am folgenden Tage ging er nach Douai, wo er sich bis zu seiner Festnahme 14 Tage aufhielt. In Douai gesellte er sich zu einem andern Herumtreiber, einem Pionier. Aus Angst vor Nachforschungen wollten sie nach Lens gehen. Dies alles erzählt H. mit einer Miene, als ob er sein Vagabundenleben als gelungenen Spaß betrachtet und sich darüber freut. Schließlich stellten sich die beiden doch auf der Kommandantur in Douai.

Im Lazarett verhielt sich H. geordnet, zeigte sich lebhaft und half gewandt auf dem Krankensaal; heiteres, etwas kindliches Wesen.

Beurteilung. Hypomanisch infantiler Psychopath mit geminderter Zurechnungsfähigkeit.

8. Zyklothyme Psychopathen. Nur ein Fall dieser Art wurde beobachtet. In andern Zusammenstellungen vermissen wir die Zyklothymen gänzlich. Es handelte sich um einen Menschen mit sehr zahlreichen, aber meist nur leichten Schwankungen, der die Entfernung im Zustande reizbarer Depression, in Reaktion auf eine Bestrafung beging.



Fall 29. C., geb. 23. 12. 84. Unerlaubte Entfernung. Beharren im Ungehorsam. Tätlicher Angriff auf einen Vorgesetzten. Reizbare Verstimmung bei einem Zyklothymen. Gemindert zurechnungsfähig.

Bleibt am 18. 4. 17 wegen angeblicher Krankheit vom Dienst weg, erschien, gesund geschrieben, trotz ausdrücklichen Befehls nach 3 Tagen noch nicht wieder zum Dienst, erhielt 3 Tage Mittelarrest. Entfernte sich darauf von der Truppe. Nach einigen Tagen in seinem Heimatsort festgenommen. In der Haft sehr widerspenstig, schlug nach dem Arrestaufseher, schimpfte.

Vorgeschichte. Vater litt an periodischer Melancholie. C. war von Jugend auf in schwankender Gemütsverfassung, zeitweilig stark gehemmt, wegen nervöser Beschwerden bei verschiedenen Ärzten in Behandlung, traurig, interesselos und gleichgültig, zu anderer Zeit heiter, oberflächlich, ausschweifend, selbstbewußt, gab dann viel Geld aus und trieb sich mit Halbweltdamen umher. Stets sehr reizbar, daher häufig im Zivilleben in Konflikt gekommen. Am 1. April 1915 eingezogen, kam im August zu einer Armierungstruppe ins Feld, im Juli 1916 Krankmeldung; erschien schwachsinnig, gedrückt, teilnahmlos, verschlossen. Nach längerem Lazarettaufenthalt gehobene Stimmung, verlangte selbst wieder zur Truppe. 8 Wochen später wieder Krankmeldung wegen gedrückter Stimmung. In der Folgezeit Wechsel zwischen heiteren und gedrückten Zeiten. Als a.v. am 5. 4. 17 zum Ersatzbataillon entlassen. 3 Wochen später ereigneten sich die Straftaten.

Beobachtung. War zur Zeit der Tat angeblich matt, fühlte sich krank. Stimmung im Lazarett leicht gehoben, dem Ernst seiner Lage keineswegs angepaßt. Unbeobachtet sang und pfiff er viel. Dabei war er nicht ideenflüchtig, hatte aber bisweilen lebhaften Rededrang. Stimmungsschwankungen mäßiger Art kamen in den letzten Tagen zur Beobachtung. Er widersprach mit großem Eigensinn allen ärztlichen Einwänden und geriet schon nach wenigen Sätzen in heftigen Affekt, der sich steigerte, sobald man auf seine Straftaten oder auf sein mehrfaches Versagen im Frontdienst zu sprechen kam.

Beurteilung. Zyklothymie, gemindert zurechnungsfähig.

9. Psychopathen mit episodischen Verstimmungen. Wir schlagen die Bezeichnung „episodische Verstimmungen“ für die geringen, kurzdauernden, meist autochthonen, mitunter aber auch reaktiv ausgelösten Verstimmungszustände vor, die bei dem einen zu Poriomanie, bei andern zur Dipsomanie führen. Nicht selten wird gleichzeitig fortgelaufen und getrunken. So mehrfach bei Fall 30. Die Symptomatologie ist in schulmäßiger Vollständigkeit bei S. gegeben, er hat seit seiner Jugend Tage, in denen er sich matt fühlt,



Kopfschmerzen hat, eine innere Unruhe, Ängstlichkeit und den unbestimmten Drang, fortzulaufen, empfindet. S. ist auch sonst psychopathisch; reizbar und unstet. Bei Fall 31 ist die Verstimmung so stark, daß er sich von seinem Oberst erschießen lassen will. Die unerlaubte Entfernung ist in allen Fällen episodischer Verstimmung ein unmittelbares Symptom der psychischen Störung. Ähnliche Beobachtungen bei *Pönitz*, *Schmidt*, *Storch*, *Hübner*.

Fall 30. S., geb. 22. 7. 87. Unerlaubte Entfernung (Fortlaufen, Dipsomanie). Unsteter Psychopath mit episodischen Verstimmungen. Unzurechnungsfähig.

S. hat sich am 28. 12. 15 unerlaubt von seiner Kolonne entfernt und ist am 11. 1. 16 von selbst wieder zurückgekehrt. Bei seiner Vernehmung behauptete er, nicht zu wissen, wie er dazu gekommen sei, sich zu entfernen. Er leide an krankhaften Zuständen, in denen er in sich den unbestimmten Drange fühle, fortzulaufen.

S. gibt an, daß er in der Schule gut gelernt habe. Später habe er seine Arbeitstellen häufig gewechselt. Er sei von Jugend an zornmütig und reizbar gewesen. Im Zorn über irgendeine Mißhelligkeit habe er häufig seine Stellen verlassen. Seit vielen Jahren leide er an kurzdauernden Verstimmungen, die manchmal nach Ärger, zum Teil aber auch ohne äußere Veranlassung auftreten sollen. Während dieser 3- bis 4tägigen Verstimmungen, die alle paar Wochen auftreten, habe er gewöhnlich ein starkes Bedürfnis zum Trinken, während er sonst ganz mäßig lebe.

Während seiner aktiven Dienstzeit sei er einmal wegen Davonlaufens bestraft worden; wegen desselben Vergehens im November 1915 erhielt er 16 Tage Mittelarrest. In der letzten Zeit habe ihn besonders bedrückt, daß er keinen Urlaub bekommen habe. Am 28. 12. 15 sei er von Douai nach Leforest gegangen, um einen Bekannten zu besuchen. Unterwegs sei es plötzlich über ihn gekommen, davonzulaufen. Er sei schon seit einigen Tagen mißmutig gewesen, habe Kopfschmerzen gehabt wie gewöhnlich bei seinen Verstimmungen; ferner ein ängstliches Gefühl, als ob ihm etwas geschehen sollte. In der Erregung habe er gar nicht über die Folgen seines Fortbleibens nachgedacht. In zwei Ortschaften habe er mehrere Gläser Bier getrunken. Am 3. Tage fühlte er sich ruhiger, kam zur Erkenntnis, daß er eine Dummheit gemacht habe, und kehrte zur Kolonne zurück. Er erinnert sich an alles, was er während seines 3tägigen Ausbleibens getan hat.

Beobachtung. Geordnet, etwas mürrisch, einige Tage lang gereizt und über Kopfschmerzen klagend.

Beurteilung. S. ist ein psychopathisch veranlagter Mensch mit zornmütiger Reizbarkeit, unsteter Lebensführung und Neigung zu kurzdauernden Verstimmungszuständen, in denen er ohne weitere Überlegung



davonläuft. S. hat seine Entfernung von der Truppe in einem Zustande vorübergehender Geistesstörung begangen.

Fall 31. L., 26 Jahre alt. Unerlaubte Entfernung. Psychopath mit episodischen Verstimmungen. Unzurechnungsfähig.

L. wird am 15. 2. 16 dem Kriegslazarett zur Beobachtung seines Geisteszustandes überwiesen, weil er sich von der Truppe entfernen wollte, um sich von seinem Oberst erschießen zu lassen, da er lebensmüde sei. Seit 5 Tagen hatte er angeblich zunehmendes Gefühl von Lebensüberdruß. Sonst keine Beschwerden, glaubt auch jetzt nicht krank zu sein. Während seiner 5jährigen Militärzeit ist L. schon öfter ohne Grund davongelaufen und deswegen bestraft worden. Erblich sei er nicht belastet, trinke fast gar nicht, habe jedoch großen Hang zum Alleinsein. Schon als Knabe sei er öfter grundlos davongelaufen. Hatte dann einige Zeitlang ein „nebliges" Gefühl im Kopfe, war gedrückt und reizbar.

Beobachtung. L. trägt ein verschlossenes, mürrisches Wesen zur Schau, gibt kurze, unwirsche Antworten und zeigt große Schreckhaftigkeit, besonders bei Prüfung der Hornhaut- und Rachenreflexe. Intelligenzprüfung ergibt die Intelligenz eines 11- bis 12jährigen Kindes. Am 22. 3. 16 zeigt sich L. zugänglicher, weniger mürrisch, hat keine Beschwerden und will keine Erinnerung an die letzten Tage haben. Von Verstimmung und Selbstmordabsicht weiß er nichts mehr und lächelt darüber.

Beurteilung. Leicht schwachsinniger Psychopath mit episodischen Verstimmungen. Zur Zeit der Tat unzurechnungsfähig.

Ein Rückblick auf die Gesamtheit der psychopathischen Fortläufer, Fahnenflüchtigen und Selbstverstümmler läßt erkennen, daß Unstete, Reizbare, Phantasten und Ängstliche in ungefähr gleicher Zahl zu den fraglichen Delikten disponiert sind, in etwas höherem Grade die Hysteriker. Wesentlich geringer ist auffälligerweise die Zahl der episodisch Verstimmten (Fuguezustände), obwohl das Fortlaufen der Natur dieser Psychopathen am meisten entspricht. Das erklärt sich aber wohl daraus, daß episodisch Verstimmte überhaupt nur verhältnismäßig selten vorkommen. Auch Hypochonder, Hypomanische und Zyklothyme sind bedeutend seltener als andere Formen von Psychopathie, offenbar weil die sittliche Entwicklung der dem manisch-depressiven Formenkreise zugehörigen Abnormen im Durchschnitt besser ist als die der sonstigen Psychopathien. Das trifft ganz besonders für die konstitutionell Depressiven zu, die unter unseren Fällen gänzlich fehlen. Auch in der sonstigen Kriegsliteratur fanden wir keine konstitutionell-depressiven Fahnenflüchtigen. Ebenso fehlten Zwangs-



kranke, hypoparanoisch Veranlagte sowie Neurastheniker im engeren Sinne, wenn man nicht die Ängstlichen und Hypochonder zu ihnen rechnet. Daß ausgesprochen ethisch Defekte und Gewohnheitsverbrecher vermißt wurden, hängt zweifellos nur damit zusammen, daß derartig Abwegige vom Heeresdienst von vornherein ferngehalten werden. Geringere Grade ethischen Defektes sind bei den Unsteten, Reizbaren, Phantasten und Hysterikern nichts Seltenes.

Wiederholte unerlaubte Entfernungen wurden von 11 unter den 31 Psychopathen begangen, d. h. in etwas mehr als einem Drittel der Fälle. Im bürgerlichen Leben vorbestraft waren nur 7 der Psychopathen, d. h. weniger als ein Viertel der Fälle. Die Zahl der Vorbestraften ist also in unserem Material wesentlich geringer als bei andern Gutachtern, z. B. *Pönitz*. Das hängt wahrscheinlich damit zusammen, daß wir es vorwiegend mit Felddelikten zu tun haben. Im Heimatgebiet sind die Psychopathen mit ethischen Defekten häufiger.

Im allgemeinen kann man sagen, daß unerlaubte Entfernungen, Fahnenflucht u. ä. vorzugweise von solchen Arten von Psychopathen begangen werden, bei denen Mängel in der Entwicklung des Willens, des Charakters und des Affektlebens im Sinne einer erhöhten Labilität desselben vorliegen, sowie von solchen Abnormen, die als ängstliche Psychopathen eine besondere Widerstandsschwäche gegenüber den furchterregenden Kriegseindrücken aufweisen.

B. Im Kriegsdienst erworbene nervöse Schwächezustände.

Einige Psychopathen erleiden unter verschiedenartigen Kriegsschädigungen eine Verschärfung ihrer abnormen Wesenszüge, die sie dann noch mehr zu Delikten disponiert, als sie es ohnehin waren (Fall 13, Gesichtsschuß; Fall 22, Lungenentzündung; Fall 24, Schreckneurose).

Außerdem kommt es in einer allerdings nur kleinen Zahl von Fällen vor, daß die Straftaten der unerlaubten Entfernung u. ä. von Menschen begangen worden, die früher keine oder nur ganz unbedeutende psychopathische Züge aufwiesen, jedoch während des Krieges auf verschiedene Weise nervöse Schwächezustände erworben hatten. Erst diese Schwächezustände schufen — zum Teil unter Mitwirkung anderer Umstände — die Disposition zur Straftat. Diese Leute begingen zum großen Teil gerade



die schwersten Delikte der Feigheit vor dem Feinde und der Selbstverstümmelung, Straftaten, die unter der Masse der Psychopathen verhältnismäßig selten waren. Auch sonst sind diese Fälle in klinischer und forensischer Hinsicht bemerkenswert, wie besonders Fall 32 zeigt, der eine bisher in der Kriegsliteratur noch nicht erwähnte Motivierung seines Deliktes aufweist: die Autosuggestion, den an seinen Mut gestellten Anforderungen nicht mehr gewachsen zu sein.

Schmidt bespricht die Mitwirkung erworbener nervöser Schwächezustände bei unerlaubten Entfernungen und verwandten Straftaten („erworbene Neurasthenie" S. 182), ohne aber, wie es scheint, solche Fälle beobachtet zu haben; wenigstens sind die von ihm aufgeführten nervösen Schwächezustände sämtlich konstitutionelle Neurasthenien. Auch *Birnbaum*[1]) beschäftigt sich theoretisch mit der zum Delikt disponierten Wirkung im Kriege erworbener Wesensveränderungen.

Mit der disponierenden Wirkung erworbener Schwächezustände darf die unmittelbare Auslösung von Straftaten durch Kriegsschreck, akute Angst, Verschüttung u. ä. nicht zusammengeworfen werden. Wir behandeln diese Frage bei den Motiven der unerlaubten Entfernung.

Im einzelnen war der nervöse Schwächezustand erworben worden:

bei Fall 32 durch langdauernden Kriegsdienst und wiederholte schwere seelische Eindrücke in den Kämpfen um Verdun, bei denen Pat. als Freiwilliger in einem Sturmtrupp Dienst tat, übrigens ein Beweis für seine frühere soldatische Tüchtigkeit. Er selbst legt großen Wert auf die grauenhaften Eindrücke, die er im Lazarett nach einer Schußverletzung am linken Daumen (Selbstverstümmelung?) empfangen habe. Eine akute Schreckpsychose oder Schreckneurose hat er nicht durchgemacht. Es handelt sich um eine chronisch entstandene nervöse, besonders affektive Erschöpfung.

Ähnlich liegen die Dinge bei Fall 33, der, früher ein besonders tüchtiger Soldat und Unteroffizier, allmählich unter den fortdauernden Kriegserlebnissen an Widerstandskraft einbüßte, schreckhaft wurde, seinen Vorgesetzten in letzter Zeit als schlaff und ängstlich auffiel. Fall 36 — auch früher ein tüchtiger Soldat — gab an, daß ihm das Minenfeuer nach und nach den Verstand verdorben hätte, besonders in der letzten Zeit vor der Straftat; dazu kamen Verzweiflung über

[1]) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. Bd. 13, S. 516.



die lange Dauer des Krieges und tiefe Enttäuschung über die gerade erfolgte Ablehnung des deutschen Friedensangebots im Januar 1917.

Fall 34 hatte eine nervöse Schwäche nach heftigem Schreckerlebnis (Verschüttung) zurückbehalten. Bei Fall 35 war die Widerstandskraft zur Zeit der Tat durch einen Darmkatarrh mit häufigen Durchfällen herabgesetzt. Leichte nervöse bzw. psychopathische Abweichungen waren be diesen Fällen auch schon vor dem Kriege vorhanden, aber doch so geringfügig, daß man die Leute nicht als Psychopathen oder Schwachsinnige bezeichnen konnte. Fall 32 war ein etwas verschlossener Mensch, der seine Stellen vielleicht mehr, als es durchschnittlich der Fall ist, gewechselt hatte, aber ohne Züge eigentlicher Unstetigkeit oder Haltlosigkeit. Er will zweimal sitzen geblieben sein, hat aber eine mittlere Intelligenz; ein Bruder soll schwachsinnig sein. M. (Fall 33) war leicht basedowisch veranlagt. Er und Fall 30 wollen auch als Kinder leicht erregbar und ängstlich gewesen sein. J. will mit 15 Jahren eine Kopfkrankheit (Meningitis?) durchgemacht haben und gelegentlich einer Pockenkrankheit längere Zeit unklar gewesen sein. Er habe oft an Kopfschmerzen gelitten und habe einmal einen Ohnmachtanfall gehabt. Seine Angaben über Reizbarkeit wurden durch Zeugenvernehmungen nicht bestätigt. Er will alkoholintolerant sein. Intellektuell war er etwas schwerfällig mit leicht herabgesetzter Urteilsfähigkeit, wobei aber eine sehr mangelhafte Schulbildung zu berücksichtigen ist. Erbliche Belastung wird angegeben: Vater senile Psychose (?), Schwester epileptisch, Bruder schwachsinnig.

Fall 32. P., 22 Jahre alt. Feigheit, wiederholte unerlaubte Entfernungen. Affektive Erschöpfung. Selbsteinrede, die Furcht nicht überwinden zu können. Unzurechnungsfähig.

P. hat sich am 16. 4. 17 auf dem Marsche in die Stellung von seiner Truppe entfernt. Am gleichen Tage meldete er sich beim Kompagniefeldwebel krank und blieb 3 Tage im Revier. Am 20. wurde er vom Arzt untersucht und erhielt den Befehl, mit noch andern Leuten abends 5 Uhr zum gemeinsamen Marsch in die Stellung anzutreten. Er erschien aber nicht, sondern trieb sich bis spät am Abend umher und fand sich dann wieder in der Revierstube ein. Der Feldwebel gab ihm darauf den Befehl, sich sofort nach vorn zu begeben. Da er sich weigerte, wurden 3 Leute bestimmt, ihn nach vorn zu bringen. Als er einen Augenblick nicht beobachtet wurde, sprang er auf und lief davon, ging die ganze Nacht und den folgenden Tag hindurch und meldete sich in Rethel bei der Ankunft. Hier wurde er verhaftet. Nach einem Gutachten des Kriegslazaretts N.,



das eine gesteigerte Erregbarkeit des Nervensystems, aber keine Geistesstörung feststellte, wurde er am 18. Juni wegen Feigheit vor dem Feinde zu 2 Jahren Gefängnis und Versetzung in die 2. Klasse des Soldatenstandes verurteilt. Er erkannte die Strafe an und bat, dieselbe gleich verbüßen zu dürfen. P. machte dann wieder Dienst in der Kompagnie, die sich im Rendsburger Lager hinter der Front befand. Anfang August kam das Regiment nach Flandern und ging am 7. August in Stellung. Als die Kompagnie angetreten war, kurz vor dem Abmarsch, trat P. zum Kompagnieführer, behauptete, die über ihn verhängte Strafe werde nach 7 Tagen rechtskräftig, und bat deshalb, die Strafe antreten zu dürfen. Der Kompagnieführer gab ihm den Befehl, mit nach vorn zu rücken. P. entwich jedoch, wurde am selben Abend von einem Feldgensdarmen in Ingelmünster festgenommen und ins Arrestlokal gebracht. Am 10. 8. wurde er zum Ersatzbataillon versetzt und am 1. 9. zur Beurteilung in die hiesige Klinik verlegt.

Beobachtung und Untersuchung. Bei der Befragung über diese Straftaten ist aus P. nur Spärliches herauszubekommen. Er zeigt eine unbeirrbare Verschlossenheit. Seit der Schlacht vor Verdun wäre er immer schreckhaft und nervös gewesen. Seit seiner Verwundung und dem Lazarettaufenthalt hätten ihm immer die schrecklichsten Bilder vor Augen gestanden, so daß er die Furcht vor dem Graben nicht mehr überwinden konnte. Er habe einfach nicht nach vorn können, ist seine stets gleiche Antwort. Im April, als er zurückgeblieben, will er erkältet gewesen sein. Auf die Frage, weshalb er sich nicht beim Arzt gemeldet habe, erwidert er, daß er es nicht hätte tun mögen, da er selbst wußte, daß es nur Feigheit war, was ihn zurückhielt. Im Augenblick des Davonlaufens habe er nie daran gedacht, daß er bestraft werden könne, sondern sei nur von dem Wunsche beherrscht gewesen: „Fort aus der Gefahr!" Hinterher aber habe es ihm manchmal leid getan, manchmal sei es ihm auch egal gewesen.

Über sein früheres Leben gibt er an, daß er immer gesund gewesen sei. Auch seine Eltern seien nicht krank gewesen. Ein Bruder, der schon gestorben ist, sei geistesschwach gewesen. Er habe die Volksschule in Rostock besucht und nur schwer lernen können, sei zweimal sitzen geblieben. Unehrlichkeiten und strafwürdige Streiche habe er sich nicht zuschulden kommen lassen. Er neigte angeblich sehr zu Grübeleien. Er habe nur wenig Freunde gehabt, sei stets für sich gewesen. Nach der Schulzeit sei er zunächst 14 Monate zur See gefahren, da er aber nicht seefest wurde, habe er auf einer Rostocker Werft als Nieter gearbeitet.

Von Rostock ging er nach Bremerhaven, dann nach Einswaden, Blumenthal und schließlich wieder nach Rostock. In Blumenthal arbeitete er als Fabrikarbeiter, sonst überall als Nieter. Er sei immer freiwillig gegangen, da er mehr habe verdienen wollen. Geschlechtskrank sei er nie gewesen, habe sich überhaupt nie mit Mädchen zu schaffen gemacht.

Am 1. 9. 14 trat er als Freiwilliger ins Heer ein und kam im Dezember 1914 ins Feld. Er hat sämtliche Kämpfe seines Regiments im Westen und Osten mitgemacht, bekam wegen lobenswerten Verhaltens das mecklenburgische Verdienstkreuz und wurde zum Gefreiten befördert. Vom Mai bis August 1916 lag sein Regiment auf Höhe 304 vor Verdun. Er selbst war Freiwilliger bei der Sturmkompagnie, die weiter hinten lag, und hat deren sämtliche Unternehmungen mitgemacht. Vom 23. 8. bis 3. 9. 16 war er auf Urlaub in Rostock. Am 4. 9. 16, beim Rückmarsch in den Graben, hat sich angeblich sein Gewehr, als er es von der Schulter nahm, entladen, und dabei hat er das Endglied des linken Daumens verloren. Bis November sei er darauf im Lazarett gewesen, in dem er schreckliche Eindrücke durch den Anblick der Verwundeten empfangen habe.

Untersuchungsbefund. Kräftig gebauter junger Mann in gutem Ernährungszustande. Ohrläppchen angewachsen, das Endglied des linken Daumens fehlt. Rachenreflex aufgehoben, gesteigertes Nachröten. Sein Verhalten während des Aufenthaltes in der Klinik bestätigte seine Angaben über seine Wesenszüge. Er war verschlossen, aber willig und lenksam. Die Stimmung gleichmäßig, meist etwas gedrückt. Eigentliche Reue empfand er nicht, denn er äußerte immer wieder: „Ich konnte nicht anders und werde nie anders können." Er klagte über Schlaflosigkeit und schreckhafte Träume. Seine Bewegungen waren langsam, gebunden, er schien oft in Grübeleien und nicht bei der Sache. Experimentell waren keine Aufmerksamkeitsdefekte nachweisbar. Seine intellektuellen Leistungen entsprachen seinem Alter und seinem Bildungsgrade. Es bestand keine Merkschwäche und kein Erinnerungsverlust für die Zeit seiner Verfehlungen. Die Weckbarkeit der Vorstellungen war etwas herabgesetzt.

Beurteilung. Unter dem Einfluß der Erlebnisse des zweijährigen Kriegsdienstes und besonders unter den Eindrücken der schweren Kämpfe um Verdun hat sich bei P. ein nervöser Schwächezustand entwickelt. Die Spannkraft ließ nach, er schrak, wie er sagte, bei jedem Schuß und Geräusch zusammen, er schlief schlecht und träumte schreckhaft. Seine ständige innere Beschäftigung mit diesem Zustand und mit Situationen, die seine erregte Phantasie ihm grell und furchtbar ausmalten, ließ das Gefühl der Verzagtheit aufkeimen. Er fürchtete, den Anforderungen nicht mehr gewachsen zu sein, und verbohrte sich in diesen Gedanken. So entstand die ihn auch jetzt noch völlig beherrschende Überzeugung, die furchterregenden Eindrücke des Kampfes nicht mehr ertragen zu können. Der Wille vermochte nichts mehr gegen diese Überzeugung, und P. erlahmte bald vor der Überzeugung, daß alles Ankämpfen doch nutzlos sei. Sicher hat die besondere Wesensart des P. dieser Entwicklung Vorschub geleistet. Er ist ein Mensch, der sich leicht in Trotz und Verschlossenheit verbohrt.

Im August 1916 hatte P. einen kurzen Heimaturlaub. Am Tage



nach dem Urlaub ereignete sich die Schußverletzung des linken Daumens. Wahrscheinlich hat P. eine Selbstverstümmelung begangen. Zwar reichte seine Willenskraft noch hin, in der ruhigen Winterstellung seines Regiments, zu dem er im November 1916 zurückkehrte, auszuharren, aber der Keim zu neuen Vergehen lag in ihm jederzeit bereit. Als im April 1917 das Regiment an die Aisne gebracht wurde, wo die Frühjahrsoffensive entbrannt war, erlag er wieder der in ihm festgewurzelten Überzeugung, nicht standhalten zu können. Er entfernte sich auf dem Marsche in die Stellung, als er sich zwar noch nicht im Feuerbereich befand, aber in der Nähe ein Trommelfeuer tobte, wie er es noch nie gehört hatte. Er gibt an, erkältet gewesen zu sein, aber seine Erkrankung war ihm selbst nicht glaubhaft, denn er wußte, daß es Feigheit war, was ihn zurückhielt. Er lief nicht, von Angst oder Schreck gepackt, verwirrt davon, sondern er besaß klare Überlegung und volle Einsicht, und doch nahm er keine Rücksicht auf seine Ehre und seine Zukunft. Die Selbsteinrede, nicht nach vorn zu können, nahm ihm die Freiheit des Handelns. Die beiden folgenden Straftaten — die Entfernung 3 Tage später, als er in den Graben gebracht werden sollte, und sein späteres Entweichen in Flandern im August 1917 — sind durch die Selbsteinrede des Nichtkönnens unter gleichen Verhältnissen erzwungene gleichartige Verfehlungen. Er hatte alles Selbstvertrauen verloren. Charakteristisch ist seine Äußerung: „Manchmal tut es mir leid, manchmal ist es mir egal; ich konnte nicht anders und werde nie anders können.“ Dieser Fatalismus, dieses beherrschende Gefühl der eigenen Machtlosigkeit, diese Unfähigkeit, selbstbestimmend zu wirken, ist durchaus wahr an P. Sein früheres Leben und sein jetziges teilnahmloses Verhalten, wie es einer zeigt, der nicht Herr seiner Entscheidungen ist und den Dingen ihren Lauf läßt, lassen keinen Zweifel darüber aufkommen. Es sind keine Affekthandlungen, denn er wußte ja, was er hätte tun müssen, sondern es ist ein resigniertes Nachgeben. Es ist ein ähnlicher seelischer Vorgang, wie er bei den hysterischen Lähmungen zahlreicher Kriegsneurotiker zutage tritt. In einem Falle, z. B. nach einer Verwundung eines Armes, entsteht in dem Verletzten aus Selbsteinrede die Überzeugung, den Arm nicht mehr bewegen zu können, und der Arm ist tatsächlich seelisch gelähmt, dem Willen nicht mehr zugänglich. Hier erwuchs auf dem Boden einer durch die Kriegserlebnisse bedingten Nervenschwäche und Übererregbarkeit für furchterregende Eindrücke die Überzeugung, die Furcht nicht mehr bemeistern zu können, und wurde seinem Willen unüberwindbar.

Daß eine krankhafte Veränderung in der geistigen Beschaffenheit des P. vorgegangen ist, ergibt sich auch aus dem Gegensatz des jetzigen Verhaltens zu P.s früherer Führung. Er hat 2 Jahre lang schwere Kämpfe mitgemacht, sich nach dem Zeugnis mehrerer Offiziere gut geführt, wurde einer Sturmkompagnie zugeteilt, zum Gefreiten befördert und mit einem Verdienstkreuz ausgezeichnet. Und jetzt begeht er plötzlich 4mal Hand-



lungen scheinbar ausgesprochener Feigheit. Das Gutachten lautete dahin, daß sich P. bei Begehung seiner Verfehlungen in einem Zustand von krankhaft veränderter Geistestätigkeit befunden habe, in dem die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

Fall 33. M., geb. 18. 8. 91. Unerlaubte Entfernung von der Truppe nach Beschießung. Nervöse Erschöpfung. Zurechnungsfähig mit mildernden Umständen.

Unteroffizier M. hat sich am 2. 10. 15 abends unerlaubt aus seiner Ortsunterkunft Villerval entfernt. M. war mit seinen Kameraden wegen heftiger Artilleriebeschießung des Dorfes V. aufs Feld gegangen. Während die andern Leute nach der Beschießung ins Dorf zurückkehrten, blieb M. draußen. Nach seiner späteren Angabe war M. infolge des Artilleriefeuers sehr erregt und schreckhaft und verkroch sich in einem Loch. Als er später in das Dorf zurückkam, sei die Kompagnie schon abgerückt gewesen. Im Quartier hat er einen Brief an seine Korporalschaft hinterlassen und sich von neuem entfernt.

Bei der Besprechung dieser Vorgänge erwähnt M. von dem Briefe zunächst nichts und behauptet, er sei noch immer in heller Aufregung gewesen und sei ohne Besinnung davongelaufen. Mit dieser Behauptung steht im Widerspruch, daß er sich die Zeit genommen hat, einen 3 Seiten langen Brief zu schreiben, und daß er fähig war, denselben in völlig gewandter Weise zu Papier zu bringen. M. erklärt in dem Briefe, daß er völlig außerstande sei, weiter an der Front auszuhalten. Er sagt dies aber nicht in einem zu erwartenden Gefühl von Schuldbewußtsein und Verzweiflung, sondern es überwiegt in diesem Briefe ein Bedauern mit sich selbst und eine Neigung, die Tat zu beschönigen. So sagt er, er falle lieber selbst hinein, als daß er noch mehr Kameraden ins Unglück führe. Ferner ermahnt er seine Korporalschaft zur Tapferkeit und erwähnt, daß er schon einen Bruder im Felde verloren habe. Bei näheren Fragen stellt sich übrigens heraus, daß dieser Bruder nicht tot ist, sondern infolge einer Verwundung ein Bein verloren hat.

Vorgeschichte. In der Jugend angeblich nervös, als Kind Ohnmachten, wenn er Schläge bekommen sollte, sehr empfindlich gegen Tadel. Jetzt in Sorge um seine in bedrängten Verhältnissen lebende Frau, die kürzlich niedergekommen sei. Früher tapfer (Beförderung, Eisernes Kreuz). Allmählicher Nachlaß der Widerstandskraft ist auch den Vorgesetzten aufgefallen. Während der Beobachtung im Lazarett verhielt sich M. ruhig und geordnet. Die Stimmung erschien etwas gedrückt. Körperlich: etwas vergrößerte Schilddrüse, feinschlägiges Fingerzittern, mäßige Pulsbeschleunigung.

Beurteilung. M. hat sich zweifellos nicht, wie er glauben machen will, in einem Zustande ängstlicher Verworrenheit von der Truppe entfernt. Er ist vielmehr nach Aufhören des Feuers in das Dorf zurück-



gegangen, hat sich verschiedene Ausrüstungsgegenstände geholt und hat sich die Zeit genommen, einen ausführlichen Brief zu schreiben. Erst dann hat er sich davongemacht. M. befindet sich jedoch in einem nervösen Erschöpfungszustande und hat leichte Basedowerscheinungen. Als Kind angeblich nervös. Gemindert zurechnungsfähig.

Fall 34. Sch. Unerlaubte Entfernung. Nervöser Schwächezustand nach Schreckerlebnis (Verschüttung). Angst vor Feuerstellung. Zurechnungsfähigkeit mit mildernden Umständen.

Sch. hat sich am 19. 7. 16 unter dem Vorwande, Post zu holen, von seiner Truppe nach W. begeben, obwohl ihn ein Kamerad auf das Unerlaubte seiner Handlungsweise aufmerksam gemacht hatte. Von W. kehrte Sch. nicht zur Truppe zurück, sondern ging nach Lille und von dort nach Tournai weiter, wo er am folgenden Tage festgenommen wurde.

Diese Angaben machte er zuerst bei seiner Vernehmung vor dem Gerichtsoffizier. Im Lazarett machte er dem Arzt gegenüber andere Angaben und wollte nicht genau wissen, wo er überall gewesen sei, verwickelte sich jedoch in Widersprüche.

Vorgeschichte. Lebhafter Mensch, gut gelernt. Im September 1915 verschüttet und einige Zeit bewußtlos, seitdem angeblich viel Kopfschmerzen, Reizbarkeit, Ermüdbarkeit und Nervenzucken. Kam am 17. 7. aus dem Rekrutendepot zur Kompagnie. Befand sich nur 2 Tage bei derselben, mußte nachts einige Stunden im vordersten Graben schanzen, infolgedessen stärkere Nervenbeschwerden, Ängstlichkeit.

Bei der Aufnahme ins Lazarett zitterte Sch. stark und suchte den Arzt von seinem Leiden mit vieler Beredsamkeit zu überzeugen. Schon am 2. Tage ließ das Zittern nach und stellte sich seitdem auch nicht wieder ein. Sch. ist intellektuell gut veranlagt.

Beurteilung. Die Angaben über die Entfernung von der Truppe sind widerspruchvoll und unglaubwürdig, zum Teil nachweislich erlogen. Als mildernder Umstand wird in Betracht zu ziehen sein, daß Sch. seit seiner Verschüttung im September 1915 an einer Nervenschwäche leidet, die sich in Kopfschmerzen, Schreckhaftigkeit und Zittern bei Aufregungen äußert.

Fall 35. S. Selbstverstümmelung in pathologischem Angstaffekt beim Anblick des toten Bruders. Herabgesetzte nervöse Widerstandsfähigkeit infolge Darmkatarrhs und geringer konstitutioneller Erregbarkeit.

Der 20jährige Kriegsfreiwillige S. befand sich wegen Zellgewebsentzündung an der rechten Hand und wegen starken Durchfalls seit 14 Tagen im Revier, als er am 25. 11. abends die Nachricht erhielt, daß sein Bruder, der mit ihm als Kriegsfreiwilliger im gleichen Regiment



diente, bei einem Gefecht in der Nachbarschaft gefallen sei. S. hatte sich darüber furchtbar aufgeregt, geweint, die ganze Nacht nicht geschlafen. Er hing sehr an dem Bruder. Am nächsten Morgen begab er sich nach der benachbarten Ortschaft, wohin die Leiche seines Bruders gebracht worden war, um denselben selbst zu beerdigen. Er fand die Leiche auf dem Kirchhof mit einer Decke bedeckt. Als er die Decke wegzog und den blutbefleckten Toten mit einer Wunde an der Stirn und noch weit offenen Augen daliegen sah, wurde er angeblich so überwältigt, daß er einfach davonlief; er fühlte sich außerstande, den Bruder zu beerdigen. Es sei der erste Tote gewesen, den er gesehen habe, da er noch nicht lange an der Front war. Während er davonlief, sei er so aufgeregt gewesen, daß er, wie er glaubt, keine Ehrenbezeugung gemacht hätte, wenn ihm ein Vorgesetzter begegnet wäre. Es kam ihm dabei u. a. der Gedanke, daß ihm selbst ein ähnliches Schicksal zustoßen könne, und der Wunsch, aus den Gefahren des Krieges fort zu sein und sich zu diesem Zwecke selbst zu verletzen. Es sei das aber keine klare Überlegung gewesen. Unterwegs bekam er Stuhldrang. Als er seine Kleider wieder geordnet hatte und sein Gewehr aufhob, legte er in plötzlichem Entschluß die linke Hand auf die Mündung und drückte ab. Angeblich hat er ohne Überlegung gehandelt, ohne an Bestrafung und Gefährdung seiner Gesundheit zu denken. 2 bis 3 Minuten lang habe er mit der blutenden Hand dagestanden, ohne Schmerz zu empfinden und ohne zu wissen, was er tun solle, dann sei ihm erst klar geworden. Er habe sich mit seinem Verbandpäckchen verbunden und sei ins Revier gelaufen, wo er dem Stabsarzt die Sache unter Tränen erzählte.

Vorgeschichte. Guter Schüler, tüchtiger Kaufmann, heiteres, lebenslustiges Wesen. Bei Tadel leicht gekränkt, als Kind angeblich schreckhaft gewesen. Beim Tode eines Geschäftsteilhabers außerordentlich niedergeschlagen, mußte bei der Beerdigung andauernd weinen.

Befund. Seit der Tat oft niedergeschlagene Stimmung, weint öfter, schlafe schlecht, rege sich über die traurigen Eindrücke im Lazarett auf. Körperlich o. B.

Beurteilung. S. hat die Tat in pathologischem Affekt begangen, bei herabgesetzter nervöser Widerstandsfähigkeit infolge starken Darmkatarrhs. Leicht erhöhte affektive Erregbarkeit bestand schon früher. Als unzurechnungsfähig erachtet.

Fall 36. J., 35 Jahre alt. Selbstverstümmelung aus Furcht vor erneuter Beschießung und Verzweiflung über lange Kriegsdauer. Allmählich entstandener nervöser Schwächezustand bei einem geistig etwas schwerfäligen, leicht nervösen Manne.

J. hat sich am 17. 1. 17 abends, während er als Alarmposten im Graben stand, mit einem Gewehr den Daumen der linken Hand abgeschossen. Er war am Morgen desselben Tages nach 6tägiger Ruhe wieder



in Stellung gekommen. Nachdem er anfangs behauptet hatte, sich durch einen Unfall mit seinem Gewehr verletzt zu haben, gestand er später die Tat ein. Er sei über die lange Dauer des Krieges ganz verzweifelt gewesen, und besonders habe ihn die gerade damals erfolgte Ablehnung des deutschen Friedensangebotes furchtbar niedergedrückt. Bei dem letzten Aufenthalt im Graben habe ihn das Minenfeuer, das aber nach den Erhebungen nicht besonders stark war, sehr angegriffen, so daß er zeitweise ganz verwirrt gewesen sei. In diesem Zustande habe er die Selbstverstümmelung begangen. Ein andermal sagte er: „So nach und nach hat mir das Minenfeuer den Verstand verdorben." Es ging ihm oft rund im Kopfe, das Blut stieg ihm in den Kopf, es wurde ihm manchmal schwarz vor den Augen. Anfangs habe er das noch bekämpfen können, aber es kam immer wieder. Den Anblick verwundeter Kameraden konnte er auf die Dauer nicht mehr ertragen. Früher habe er alle Kriegseindrücke leicht überwunden. Im Oktober 1914 eingezogen, kam er noch im Herbst 1914 an die Front, sei guten Mutes gewesen, habe oft gesehen, wie Kameraden schwer verwundet wurden, ohne dabei verängstigt oder verwirrt zu werden. Sein Abteilungsführer bestätigt, daß J. stets ein guter Soldat war, dem man nie Ängstlichkeit angemerkt habe.

Vorgeschichte. J.s Vater scheint in den letzten Jahren seines Lebens an einer arteriosklerotischen Geistesstörung mit Schwindel- und Schlaganfällen gelitten zu haben. Ein Bruder sei schwach begabt, eine Schwester habe an Krampfanfällen gelitten. J., der in Russisch-Polen aufgewachsen ist, hat nur sehr mangelhaften Schulunterricht genossen. Mit 15 Jahren habe er es 3 Wochen lang im Kopfe gehabt: starke Kopfschmerzen und Schwindel, war aufgeregt, wollte weglaufen (Meningitis? Symptomatische Psychose bei Infektionskrankheit?). Mit 17 Jahren Pocken, auch dabei angeblich lange Zeit benommen und unklar. Aktiv gedient 1904—06. Arbeitete dann bis zum Kriege in einer westfälischen Drahtfabrik. War ein guter Arbeiter, lebte ruhig, war angeblich reizbar, was aber durch Zeugen nicht bestätigt wird. In früheren Jahren angeblich viele Kopfschmerzen, war leicht niedergedrückt, wenn etwas nicht nach seinen Wünschen ging. 1910 einmal nach anstrengender Arbeit Kopfschmerzen und Schwindelanfall.

Befund. Geordnetes, stilles Verhalten mit guten militärischen Formen. Bei Besprechung der Kriegseindrücke und seiner Straftat wiederholt gedrückt, mit Tränen in den Augen. Lebhafte und etwas aufdringlich vorgetragene Reue. Verlangt wieder ins Feld geschickt zu werden, um seine Schuld zu sühnen. Intellektuell etwas schwerfällig mit leicht verminderter Urteilsfähigkeit, dabei ist aber die mangelhafte Schulbildung zu berücksichtigen. Körperlich linksseitiger Leistenbruch, ziemlich kleiner Schädel.

Beurteilung. Allmählich unter den Kriegseindrücken entstandener nervöser Schwächezustand bei einem erblich belasteten, intellek



tuell etwas schwerfälligen Menschen mit leichten nervösen Erscheinungen. Furcht vor erneuter Beschießung beim Beginn eines neuen Grabenkommandos im Verein mit Niedergeschlagenheit über lange Kriegsdauer und Ablehnung des Friedensangebots haben bei dem wohl plötzlich erfolgten Entschluß zur Tat zusammengewirkt. Gemindert zurechnungsfähig.

II. Die Straftaten.

Die Anklage wurde erhoben

wegen unerlaubter Entfernung	in	28 Fällen,
,, Feigheit	,,	1 Falle,
,, Fahnenflucht	,,	4 Fällen,
,, Selbstverstümmelung	,,	3 Fällen.

Die Anklage auf Feigheit hätte ebensogut noch bei mehreren Soldaten, die sich aus der Stellung bzw. aus dem Gefecht entfernt hatten, erhoben werden können. Die Unterscheidung zwischen Feigheit auf der einen, unerlaubter Entfernung und Fahnenflucht auf der andern Seite hat für uns daher keinen Wert. Zwischen Fahnenflucht und unerlaubter Entfernung besteht zwar auch nur ein äußerlicher Unterschied, da die Absicht dauernder Entfernung wesentlich häufiger bestanden haben dürfte, als sie zugegeben wurde. Doch unterscheiden sich unsere Fahnenflüchtigen dadurch von den unerlaubten Entfernungen, daß die Fahnenflüchtigen es verstanden, sich bedeutend länger von der Truppe fernzuhalten als die Leute mit unerlaubten Entfernungen. Ein psychologischer Unterschied ist also zweifellos gegeben. Wir können daher 29 kurzdauernde Entfernungen 4 langdauernden Entfernungen (Fahnenflucht) gegenüberstellen. Letztere betrafen 2 Phantasten und 2 Hysteriker. Bei 12 unter 36 Fällen — d. h. in einem Drittel der Fälle — handelte es sich um wiederholte Entfernungen, die sich ziemlich gleichmäßig auf die verschiedenen Arten von Psychopathen verteilten. Von den Leuten mit erworbener nervöser Schwäche hatte sich dagegen nur einer mehrmals entfernt (Fall 32, Anklage wegen Feigheit). Es ist bemerkenswert, daß die schweren Delikte der Selbstverstümmelung zweimal unter 3 Fällen von Leuten mit im Kriege erworbener nervöser Schwäche verübt wurden. Der 3. Fall betraf einen konstitutionell ängstlichen und kränklichen Menschen (Fall 25).



III. Motive und Anlässe.

Die Motive der Straftaten lassen sich in drei Gruppen ordnen[1]: Furchtmomente: 23 Fälle, Widerwille gegen den Dienst: 11 Fälle. In den Fällen dieser beiden Gruppen sind äußere Anlässe jedesmal nachweisbar. Anders bei der 3. Gruppe, den Entfernungen aus innerlich erwachsenen krankhaften Beweggründen: 3 Fälle. Hierhin gehören die Entfernungen in episodischen Verstimmungen bei Fall 30 und 31. Letzterer gab allerdings an, daß ihm kurz vorher ein Urlaub verweigert worden wäre, da er aber wiederholt Verstimmungen auch ohne äußeren Anlaß gehabt hat, dürfte der krankhafte innere Anstoß höher zu bewerten sein. Ich möchte dieser Gruppe daher auch die Entfernung des Zyklothymen (Fall 29) zuzählen, der in endogener reizbarer Verstimmung die Tat beging. Einmal handelte es sich — bei Fall 29 — um ein Heimatdelikt, zweimal um Felddelikte.

Bei der nächstgrößeren Gruppe der Entfernungen aus Widerwillen gegen den Dienst (11 Fälle) wirken Furchtmomente wohl auch zum Teil mit, treten aber nicht so hervor wie bei der letzten größten Gruppe. Allgemeiner Widerwille gegen Dienst und Unterordnung lag vor bei den Unsteten Fall 3 und 4, deren Neigung zu unbedachten Entschlüssen und deren Reizbarkeit und Unabhängigkeitsdrang die Delikte besonders begünstigte. Hierher gehören ferner der reizbare Psychopath (Fall 7) und die Mehrzahl der Hysteriker (Fälle 11—14), ferner von den Phantasten der Fall 20. Ganz über-

[1]) Man kann die Motive natürlich auch nach anderen Gesichtspunkten einteilen. Die von uns vorgenommene Gruppenbildung erscheint uns aber natürlicher als der Versuch von *Pönitz*, zwischen positiven Fortläufern, die ein bestimmtes Ziel vor Augen haben, und negativen Fortläufern, die nur den Wunsch haben, von der Truppe wegzukommen, zu unterscheiden. Diese Einteilung trifft u. E. nicht die psychologische Wurzel des Weglaufens, die teils in einfachem Widerwillen, teils in Furchtmomenten, teils endogenen Verstimmungen zu finden ist. Sowohl unter den Widerwilligen wie unter den Leuten mit Furchtmomenten finden sich dann solche, die einfach wegstreben, und solche, die damit ein bestimmtes Ziel verbinden. Vollends unmöglich scheint es uns, bestimmte Arten von Psychopathen ausschließlich einer oder der anderen der *Pönitz*schen Gruppen zuzuweisen.



wiegend (Fälle 9:11) werden diese Entfernungen in der Heimat begangen, wobei Urlaubsüberschreitungen eine große Rolle spielen.

In einem weiteren Falle (6) handelt es sich weniger um einen allgemeinen Widerwillen gegen den Dienst, als um die Abneigung gegen den Dienst in einer bestimmten Formation, einer andern Fuhrparkskolonne, zu der E. gerade versetzt worden war, und in der er sich als Hesse unter Sachsen unglücklich fühlte. Im Anschluß daran erwähnen wir einen Schwachsinnigen, der aus einem Heimatsurlaub zur Garnison zurückkehrend den Anschluß an einen Transport zu seinem in den Vogesen stehenden, ihm liebgewordenen Feldtruppenteil verpaßt hatte und nun zu einem in Nordfrankreich stehenden Regiment kam. Bald nach der Ankunft machte er sich auf, um der Front entlang den Weg bis in die Vogesen zu seinen alten Kameraden zu finden. Soweit er — ein Bayer — durch bayrische Truppen kam, ließ man ihn durch, aber die Preußen, die den nächsten Abschnitt besetzt hielten, nahmen ihn fest. Auch das Heimweh, das m. E. von andern Autoren über Gebühr bewertet wird, spielt angeblich in einem Falle — bei dem Phantasten B. — die auslösende Rolle. Viel wahrscheinlicher ist aber, daß das Heimweh nur der Deckmantel für Widerwillen gegen den Dienst und Ärger über eine voraufgegangene Bestrafung war.

In weitaus der Mehrzahl der Fälle sind Furchtmomente für die Delikte maßgebend (22 Fälle). Nicht immer die Furcht vor Lebensgefahr. Die Fälle 1, 5 und 15 — je ein Haltloser, Affektlabiler und Hysteriker — liefen aus Angst vor einer sie erwartenden Strafe davon. Ltn. M. (Fall 18) entfernte sich aus der Garnison am Tage, bevor eine Schuld, die er nicht zurückzahlen konnte, fällig war. Sein nächstes Ziel war ein Onkel in einer benachbarten Stadt, den er vergeblich anzuborgen suchte. Dann traf er sich mit seiner Geliebten und verlebte mit ihr, hochstapelnd und zechprellend, einige schöne Tage, die er durch einen vorgetäuschten gemeinsamen Selbstmordversuch abschloß.

Von diesen wenigen Fällen abgesehen aber war es die Furcht vor den eigentlichen Kriegsgefahren, was die Straftaten auslöste. Fall 8 — ein Hysteriker — entfernt sich schon in der Heimat, am Tage vor dem Ausrücken zur Front. Die übrigen begehen die Straftat im Felde. Fall 22 — ein ängstlicher Psychopath — versteckt sich unmittelbar, nachdem er wegen eines ähnlichen Deliktes schon einmal verurteilt worden war. Einige entfernten sich unmittelbar vor dem



Ausrücken in die Feuerstellung bzw. in die vorderste Linie: die beiden Hypomanischen 27 und 28, der Ängstliche, Fall 25, der Hypochonder, Fall 26, der Hysteriker, Fall 9, ferner die nervös Erschöpften — 32 und 34 — und der Unstete, Fall 2. Ihnen steht Fall 23 nahe, der fortläuft, bevor er auf Posten ziehen soll, und einen Wortwechsel mit seinem Unteroffizier zum Vorwand der Entfernung nimmt (ängstlicher Psychopath).

Dem durch Enteritis geschwächten S. (Fall 35) führt der Anblick des toten Bruders die Kriegsgefahren sinnfällig und grauenhaft vor Augen. Er entläuft und verstümmelt sich in fassungloser Angst.

Bei einigen anderen erfolgt die Entfernung aus Angst vor Wiederholung ähnlicher Schrecken, als sie gerade oder vor kurzem durchgemacht haben. Sie laufen davon nach Beendigung des Gefechtes, der Beschießung oder nach Rückkehr in die Ruhestellung; so der ängstliche Fall 21, der nervös erschöpfte Fall 33, die Phantasten Fall 17 und 19. Es ist wohl kein Zufall, daß es gerade Leute mit konstitutioneller oder erworbener Ängstlichkeit sind, die so handeln, und Phantasten, denen die gesteigerte Einbildungskraft die angsterregenden Eindrücke bildhaft und grausig ausmalt.

Nur vereinzelt kommt es dagegen vor, daß ein Mann unmittelbar aus der ihn bedrohenden Gefahr fortläuft, wie Fall 24 (ängstlicher Psychopath), der sich von seinem Grabenposten entfernt, und wie Fall 36 (nervöse Erschöpfung), der sich auf Grabenposten in die linke Hand schießt und dann den Sanitätsunterstand aufsucht. Zweifelhaft ist das Motiv bei dem Schwindler Fall 17, der angeblich bei einem Granateneinschlag heftig erschrak, Herzkrämpfe bekam und zurückging, weil ihm die Glieder den Dienst versagten.

Nach unserer im Felde gewonnenen Überzeugung wird in der Kriegsliteratur die unmittelbare seelische Wirkung von Beschießungen u. ä. Eindrücken für die Auslösung des Davonlaufens überschätzt (z. B. bei *Storch*). Die gegenwärtige Gefahr veranlaßt viel seltener das Davonlaufen als die bevorstehende Bedrohung des Lebens, was auch psychologisch ganz verständlich ist; denn die Angst ist größer vor der gefürchteten Situation als während derselben. Gegenwärtige Beschießungen bewirken weniger Angst als Schreck. Und unter den zahlreichen Schreckpsychosen, die *Kleist* im Felde beobachtet hat, hatte nur in drei Fällen der Schreck zum Davonlaufen geführt: in einem



Falle ängstlicher Halluzinose, ferner bei einem dämmerigen Erregungszustande nach Schreck (der Kranke war während eines Sturmangriffes aus der Reihe der Vorgehenden zurückgelaufen und hatte einen Mann der Grabenbesatzung niedergeschossen; zu einer eigentlichen Entfernung war es nicht gekommen). Endlich bei einem Kranken, der nach Minenexplosion umdämmert davonrannte und dann in einen Stupor verfiel (Fälle 2, 10, 25 der Arbeit). Angst und Schreck sind, wie sie psychologisch verschieden sind, auch in ihren weiteren seelischen Wirkungen verschieden. Die Entfernungen, die Fahnenflucht und die Selbstverstümmelungen gehören ganz überwiegend zu den Wirkungen der Angst, nicht des Schrecks — soweit nicht Widerwillen gegen den Dienst ihnen zugrunde liegt. Die psychischen Reaktionen auf Kampfeindrücke hängen dagegen weit mehr mit Schreck als mit Furcht zusammen. Es gibt viel mehr Schreckpsychosen als Furchtpsychosen.

Richtet man seine Aufmerksamkeit auf den dem Delikt unmittelbar vorausgegangenen und ihn begleitenden seelischen Zustand, so ergibt sich, daß nur wenige (5) Leute unter dem Einfluß plötzlich entstehender Angst triebhaft davongelaufen sind. Fall 2, der zum ersten Male zum Schanzen in die vordere Stellung kommandiert war, war während der beiden ersten Nächte starkem Artilleriefeuer und Minenfeuer ausgesetzt gewesen und lief am dritten Tage vor Beginn der nächtlichen Schanzarbeit davon; nach Aussage seiner Kameraden war er ganz verstört, irrte umher, fragte nach seinem Unterstand, obwohl er vor demselben stand. Er gab später an, sich nicht genau erinnern zu können, warum er weggelaufen und wie er nach Douai gekommen sei. Offenbar ist auch dieser Mann nicht unter der Wirkung eines heftigen Schreckeindruckes planlos davongelaufen, sondern ein heftiger Angstzustand hat ihn vor Beginn der gefahrdrohenden nächtlichen Schanzarbeit überkommen. Ein triebhaft angstvolles Davonlaufen lag auch bei Fall 21 vor, der, nachdem er zum zweiten Mal in Stellung gewesen war, in der Ruhestellung bei einem Spaziergang plötzlich von Angst überfallen wurde und, während er das nicht zu ferne Artilleriefeuer vernahm, nur den einen Gedanken hatte, „weg von alledem". Der Mann war durch einen schweren Herzfehler zu Angstsensationen disponiert und ohnehin ein ängstlicher Psychopath. Hierhin gehört ferner der ängstliche Psycho-



path Fall 22, der sich schon einmal entfernt hatte und unmittelbar nach seiner Verurteilung sich wieder in einem Keller versteckte. Es sei dies so über ihn gekommen, näheres konnte er nicht angeben. Schließlich Fall 35, der beim Anblick seines durch Kopfschuß getöteten Bruders von plötzlicher angstvoller Fassunglosigkeit gepackt wurde, fortlief und sich unterwegs in die linke Hand schoß. Er war durch Enteritis körperlich und seelisch erschöpft.

Möglicherweise lag auch bei Ltn. R. (Fall 19) ein triebhaft-angstvolles Davonlaufen vor. Es erfolgte unmittelbar nach einer Minensprengung und nach einem von R. mitgemachten, aber verlustreich abgeschlagenen Sturmangriff. An das Fortlaufen schloß sich eine psychogene Geistesstörung mit phantastischen Konfabulationen (Selbstbezichtigungen).

Fast alle übrigen Begutachteten verfügten über ausreichende Besonnenheit bei Begehung der Straftaten. Ihr Handeln war, wenn auch nicht in allen Folgen vorbedacht, so doch nicht rein triebhaft. Sie waren von Befürchtungen bewegt, aber nicht von einfacher Angst beherrscht. In einer Anzahl von Fällen traten die ängstlichen Gedanken auch sehr rasch zurück, nachdem die Entfernung einmal geschehen war. Diese Leute trieben sich dann umher, machten sich wohl gar ein paar vergnügte Tage, sahen sich die Stadt an, begingen Schwindeleien u. ä. Solche „besonnene", durch Furcht bedingte Entfernungen ereigneten sich beim Ausrücken ins Feld, vor Beziehen einer vorderen Stellung, vor Beginn einer erwarteten Beschießung, nach Beendigung einer Beschießung, während der Ruhetage, nach Aufenthalt in der Gefahrzone. In Fall 36 betraf diese Art Entfernung — im Verein mit Selbstverstümmelung — einen Mann, der im Graben auf Posten stand, jedoch ohne daß gerade eine heftige Beschießung stattfand. Man sieht daraus, daß äußere Umstände und innere Beweggründe keineswegs in immer gleicher Weise zusammentreffen. In derselben Situation, z. B. kurz vor Ausrücken in die Feuerstellung, kann der eine ängstlich-triebhaft davonlaufen, der andere sich besonnen entfernen. Und dieselbe Motivierung, z. B. das planlose, angstgehetzte Davonlaufen, findet sich nicht nur bei Leuten, die den Gefahrenbereich verlassen, sondern ereignet sich auch hinter den vordersten Linien nach Abschluß des Gefechts, in der Ruhestellung.

Einen ganz besonderen seelischen Mechanismus hatten



die wiederholten Entfernungen bei dem Kriegsfreiwilligen Fall 32. Am 16. 4. 17 entfernt er sich auf dem Marsch zur Feuerstellung, während am nahen Brimont ein Trommelfeuer tobt, wie er es noch nie gehört hatte. Drei Tage später — er hatte sich inzwischen krank gemeldet — entfernt er sich wieder vor dem Abrücken, weigert sich und widersetzt sich tätlich. Er kommt zur Beobachtung in ein Lazarett und für einige Monate in ein Lager hinter der Front. Im August einer in Flandern kämpfenden Truppe zugeteilt, bittet er, vor Abmarsch in die Feuerstellung seine nun rechtskräftig werdende Strafe absitzen zu dürfen, und entfernt sich nach abschlägigem Bescheid zum dritten Mal. Dieser früher tüchtige, mit einem Verdienstkreuz ausgezeichnete, zum Gefreiten beförderte Mann, der unter anderem als Kriegsfreiwilliger eines Sturmtrupps die schweren Kämpfe auf Höhe 304 vor Verdun mitgemacht hatte, litt an einem allmählich entstandenen nervösen Erschöpfungszustand, auf dessen Boden in ihm die Überzeugung, noch besser die Autosuggestion, entstanden war, „nicht mehr nach vorn zu können", der Furcht nicht mehr widerstehen zu können. Und demgemäß handelte er ganz planmäßig, indem er sich durch Krankmeldung, durch Bitte, seine Strafe absitzen zu dürfen, durch Entfernungen und schließlich durch Weigerung und tätlichen Widerstand dem Abmarsch in die Feuerstellung zu entziehen suchte. Wahrscheinlich hat er zuerst auch eine Selbstverstümmelung (Schuß in die linke Hand) verübt. Er sah das Schimpfliche seines Tuns völlig ein, stand ihm aber ohne eigentliche Reue fatalistisch gegenüber. Seine stete Antwort war: „Ich habe einfach nicht nach vorne gekonnt, ich konnte nicht anders und werde nie anders können." Die Überzeugung von der Insuffizienz seines Willens beherrschte ihn vollständig. Die etwas schwerfällige, verschlossene, zu Trotz und Grübeleien geneigte Wesensart des Mannes hat der Entwicklung dieses seelischen Zustandes Vorschub geleistet. Wir können diesen Mechanismus der unerlaubten Entfernung nur mit dem seelischen Zustande mancher Kriegshysteriker vergleichen, die, von ihren Symptomen geheilt, fatalistisch erklärten, sie bekämen sicher wieder Krämpfe oder Zittern, wenn sie wieder an die Front kämen. Nach unseren Erfahrungen waren das nicht immer böswillige Menschen. Die Verwandtschaft mit hysterischen Mechanismen lag auch darin, daß die Autosuggestion des „Nicht-mehr-nach-vorn-könnens" hier in ähn-



licher Weise aus der Selbstwahrnehmung zunehmender Schreckhaftigkeit und Furchtsamkeit erwuchs, wie etwa ein hysterischer Dauertremor aus der autosuggestiven Fixierung eines einfachen Schreckzitterns. Dabei muß aber betont werden, daß P. keine körperlich-hysterischen Symptome aufwies und auch in seiner seelischen Gesamtverfassung kein Hysteriker war.

Wir haben unter unseren zahlreichen Fällen nur noch einen zweiten Mann, der ähnliche, doch längst nicht so ausgesprochene Erscheinungen wie P. bot. Es ist das der Unteroffizier M., Fall 33, auch ein bis dahin tüchtiger, aber nervös erschöpfter Mann, der bei seiner Entfernung einen Brief hinterließ, in dem er erklärte, er sei völlig außerstande, weiter an der Front auszuhalten. Vielleicht hat ein ähnlicher Mechanismus in einem Falle *Tintemanns* (Fall M. N.) vorgelegen, der sich wiederholt entfernte, sich weigerte, ins Feld zu gehen, und erklärte, er habe nicht wieder zur Front gehen können; es sei wie ein innerer Zwang gewesen. Im Gegensatz zu P. war dies aber ein unsteter Psychopath mit Verstimmungszuständen, möglicherweise eine beginnende Dementia praecox (Stimmen zuletzt angegeben).

Sonst sind uns in der Kriegsliteratur gleiche Beobachtungen nicht begegnet. Wir weisen daher auf diesen psychologisch und forensisch bemerkenswerten Mechanismus besonders hin.

IV. Psychogene psychische Störungen in Zusammenhang mit Entfernungen u. ä. Delikten.

Der pathologische Angstaffekt, in dem die 5 oben besprochenen Leute triebhaft davonliefen, kann noch nicht als eigentliche Psychose bezeichnet werden. Allgemeinere psychische Störungen reaktiver Entstehung wurden bei 5 unter 25 Frontdelikten beobachtet. Davon betrafen aber nur 3 solche Leute, die im Felde vor oder nach Beschießungen ihre Straftaten begangen hatten. Auch aus *Schmidts* Beobachtungen geht die Seltenheit solcher Fälle hervor. Fall 26 — ein hypochondrischer und ängstlicher Psychopath —, der sich vor dem Ausrücken in die vorderste Stellung besonnen entfernte und sich schon vorher unter allerlei Krankheitsvorwänden zu drücken versucht hatte, meldete sich 2 Tage nach der Entfernung krank und wurde in einem **ängstlichen Stupor** in die Nervenabteilung aufgenommen. Die



Psychose klang in 14 Tagen ab. Ltn. R., Fall 19, der sich wahrscheinlich triebhaft-angstvoll nach einem Sturmangriff entfernte, sich dann aber mehrere Tage anscheinend in geordneter seelischer Verfassung in seinem früheren Quartier aufgehalten hatte, beging — offenbar in der Erwartung, nicht länger verborgen bleiben zu können —, einen Selbstmordversuch durch Chloralvergiftung und verfiel danach in eine psychogene Psychose mit konfabulierten Selbstbezichtigungen. Später machte er in der Haft noch einen psychogenen Erregungszustand durch. H. (Fall 25) beging in der Nacht vor dem Ausrücken in die Feuerstellung eine Selbstverstümmelung und bekam, als Leute hinzueilten, einen psychogenen Tobsuchtsanfall, dem sich ein mehrwöchiger Stupor anschloß.

In allen drei Fällen ist also die Psychose nicht wie die Straftat durch die Kriegsgefahren verursacht, sondern folgt erst auf die Entfernung bzw. Selbstverstümmelung. Sie wird durch die Furcht vor den Folgen der Straftat und den Wunsch, denselben zu entgehen, hervorgerufen. Da auch die Schreckpsychosen nur ganz selten zum Fortlaufen führen, so bestärkt uns das in unserer Auffassung, daß unerlaubte Entfernungen nur sehr selten in einem Zustande reaktiver Psychose begangen werden. Wohl gibt es vereinzolte „Furchtpsychosen", die durch Furcht vor gefährlichen Patrouillengängen, drohender Beschießung u. ä. hervorgerufen werden. *Kleist* hat reaktive Dämmerzustände, Stupor und expansive Erregungen dieser Art im Felde beobachtet. Aber in der Mehrzahl war es dabei zu keiner unerlaubten Entfernung gekommen. Es scheinen demnach unerlaubte Entfernungen im Felde aus Furcht und Furchtpsychosen im Felde sich gegenseitig weitgehend auszuschließen. Man kann das auch so ausdrücken: wer sich vor dem feindlichen Feuer in die Psychose flüchtet, braucht sich nicht auch unerlaubt zu entfernen, und wer fahnenflüchtig geworden ist, braucht zur Erreichung seines Zweckes nicht noch die Flucht in die Psychose. Wohl aber kommt es vor, daß er hinterher aus Furcht vor den Folgen seiner Entfernung in der Psychose Zuflucht sucht.

Bei den 2 weiteren im Felde beobachteten Entfernungen mit reaktiven Psychosen war die Entfernung nicht aus Furcht vor Kriegsgefahren, sondern aus Furcht vor Bestrafung entstanden. Fall 1 verfiel nach seiner Entfernung in einen Dämmerzustand, Fall 15



machte im Lazarett einen hysterischen Erregungszustand mit hysterischen Anfällen durch.

Bei den 11 Heimatdelikten sahen wir viermal psychogene Psychosen auftreten; die Fälle 7, 8, 14 und 29 reagierten auf die Verhaftung mit kurzen psychogenen Erregungszuständen. In der Heimat sind demnach psychogene Psychosen in Begleitung unerlaubter Entfernungen häufiger als im Felde: ein Drittel der Fälle gegenüber einem Fünftel bei den Frontdelikten.

Auch aus der Zusammenstellung *Rubens*, der das gesamte Material der Rostocker Klinik an Heimatpsychosen Heeresangehöriger zugrunde liegt, geht die Häufigkeit reaktiver Psychosen im Verein mit unerlaubten, in der Heimat begangenen Entfernungen hervor. *R.* fand unter 22 psychogenen Psychosen 11 Fälle, die sich unerlaubt entfernt hatten.

Es dürfte das hauptsächlich damit zusammenhängen, daß in den heimischen Truppenteilen die Zahl und Schwere der psychopathisch Veranlagten erheblich größer war als in Frontformationen.

V. Die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit.

Das Gutachten lautete

auf Unzurechnungsfähigkeit .... in 13 Fällen,
auf geminderte Zurechnungsfähigkeit bzw. Zubilligung mildernder Umstände ...... in 19 Fällen,
auf uneingeschränkte Zurechnungsfähigkeit .. in 4 Fällen.

Wir begutachteten Psychopathen im allgemeinen höchstens als gemindert zurechnungsfähig (im Sinne eines zukünftigen Strafgesetzbuches). Nur unter besonderen Umständen darf u. E. auf Unzurechnungsfähigkeit erkannt werden. Solche waren in unseren Fällen die episodischen Verstimmungen der Fälle 30 und 31, der pathologische Angstaffekt mit triebhaftem Davonlaufen in den Fällen 2, 21, 22, 23, die schwere Psychopathie bei Fall 17 (im Verein mit dem sehr jugendlichen Alter), die Psychopathie in Verbindung mit mäßigem Schwachsinn bei Fall 16, die schwere Psychopathie im Verein mit reaktiver Psychose nach der Straftat bei den Fällen 1, 19, 25—26, die Autosuggestion des „Nicht-nach-vorne-könnens“ bei Fall 32. Es waren demnach sämtlich Felddelikte, bei denen Unzurechnungsfähigkeit an-



genommen wurde. Im ganzen wurde bei den 25 Felddelikten in etwa der Hälfte der Fälle (12 : 25) auf Unzurechnungsfähigkeit erachtet. Die andere Hälfte erschien als gemindert zurechnungsfähig, mit Ausnahme eines zur Zeit der Tat als zurechnungsfähig beurteilten Hysterikers (Fall 15). Unter den 11 Heimatdelikten fanden wir dagegen nie Anlaß, Unzurechnungsfähigkeit anzunehmen, dreimal sprach sich das Gutachten für volle Zurechnungsfähigkeit aus, sonst für geminderte Zurechnungsfähigkeit bzw. mildernde Umstände. *Schwarzwalds* und zum Teil auch *Storchs* Begutachtungen halten wir für zu milde.

Zusammenfassung. 1. Nach unseren — hauptsächlich im Felde gesammelten — Erfahrungen überwiegen bei den Delikten der unerlaubten Entfernung, der Fahnenflucht und Selbstverstümmelung die Psychopathen bedeutend. Ihnen folgen die Schwachsinnigen. Eigentliche Psychosen sind nur vereinzelt.

2. Von den verschiedenen Arten der Psychopathen sind vornehmlich die mit Mängeln des Charakters und mit Labilität der Gefühle behafteten Psychopathen zu den fraglichen Delikten veranlagt, d. h. die Unsteten, Haltlosen, Hysteriker und Phantasten; in gleichem Maße auch die durch eine besondere Widerstandsschwäche gegen furchterregende Eindrücke ausgezeichneten ängstlichen Psychopathen. Seltener sind Psychopathen mit episodischen Verstimmungen. Die sittlich besser veranlagten Depressiven, Neurastheniker, Zwangskranken, Hypomanischen, Zyklothymen und Hypoparanoischen fehlen oder finden sich nur vereinzelt. Gröbere ethische Defekte sind aber auch unter den sittlich minder veranlagten Psychopathen selten; nicht ganz ein Viertel der Fälle war im bürgerlichen Leben vorbestraft.

3. In klinischer Hinsicht erscheint es geboten, die aktiv Unsteten von den passiv Haltlosen zu unterscheiden und die Ängstlichen von den Neurasthenikern und konstitutionell Depressiven abzugrenzen. Für die den Fuguezuständen und dem periodischen Trinken zugrunde liegenden seelischen Veränderungen wird der Ausdruck „episodische Verstimmungen" vorgeschlagen.

4. In einer kleinen Zahl von Fällen werden die fraglichen Delikte — und zwar dann besonders schwere Straftaten — (Feigheit, wiederholte Entfernungen, Selbstverstümmelung) von ganz oder annähernd normal Veranlagten begangen, die im Kriege nervöse Schwächezustände erworben hatten.



5. Die Motive der Delikte sind Furcht — in nahezu zwei Dritteln der Fälle —, Widerwille gegen den Dienst — in fast einem Drittel der Fälle —, krankhafte endogene Beweggründe in einigen seltenen Fällen, vornehmlich bei den episodisch Verstimmten. Unter den Delikten aus Furcht vor Kriegsgefahren lassen sich unterscheiden: angstvoll-triebhaftes Davonlaufen, besonnene Entfernung aus Furcht, Entfernungen infolge von autosuggestiv fixierter Überzeugung, die Furcht nicht mehr bemeistern zu können. Bestimmend für die Straftaten ist fast immer die Furcht vor kommender Gefahr, besonders vor Wiederholung derselben, viel seltener Furcht in gegenwärtiger Gefahr oder Schreck.

6. Reaktive Psychosen konnten nie mit Sicherheit als Ursache von Entfernungen und ähnlichen Straftaten angesprochen werden. Wo reaktive Psychosen im Zusammenhang mit Delikten auftraten, waren sie nicht Ursache, sondern Folge derselben (Furcht vor Strafe). Reaktive Psychosen sind nach Frontdelikten viel seltener als nach Heimatdelikten.

7. Entfernungen aus Widerwillen gegen den Dienst wurden vorwiegend in der Heimat und meist von Unsteten und Hysterikern begangen. Die Straftaten aus Furcht fanden sich mehr bei den Ängstlichen, nervös Erschöpften, Haltlosen und Phantasten. Doch besteht keine ausschließliche Beziehung zwischen bestimmten Motiven und bestimmten Arten seelischer Veranlagung.

Literatur.

Birnbaum, Kriegsneurosen und Psychosen auf Grund der gegenwärtigen Kriegsbeobachtungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. Bd. 12, 13, 14, 16.

Hübner, Die strafrechtliche Begutachtung Heeresangehöriger. Ärztl. Sachv.-Ztg. 1917, Nr. 11 u. 12.

Kleist, Schreckpsychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 74.

Pönitz, Psychologie und Psychopathologie der Fahnenflucht im Kriege. Arch. f. Kriminol. 68.

Ruben, Psychosen im Heimatgebiet bei Kriegsteilnehmern. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 74.

Schmidt, Forensisch-psychiatrische Erfahrungen im Kriege. Beihefte zur Mtschr. f. Neurol. u. Psych. H. 5, 1918.



Schwarzwald, Kriegsdelikte der Psychopathen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 43, 18, S. 215.

Storch, Beiträge zur Psychopathologie der unerlaubten Entfernung und Fahnenflucht im Felde. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 46, H. 4/5.

Stiefler, Forensisch-psychiatrische Beobachtungen im Felde. Jahr b.f. Psych. u. Neurol. 27. Bd., S. 19.

Tintemann, Unzulängliche im Kriegsdienst. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 73, S. 34.

Weygandt, Psych. Begutachtertätigkeit im Kriege. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung 1917.



Über die Feigheit.

Ihre psychologische, strafrechtliche und klinische Bedeutung.

Von

Dr. med. **Otto Löwenstein**,

Arzt an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Bonn[1]).

I. Die psychologisch-ethische Bedeutung der Feigheit.

Die Zwecke, die das sittliche Leben dem menschlichen Handeln stellt, gliedern sich in individuelle Zwecke, d. h. solche, die das Individuum für sich selbst erstrebt, und in solche, die aus dem Verhältnis des einzelnen zur Allgemeinheit entspringen und diesem dienen. Sowohl die individuellen als auch die allgemeinen Zwecke können für sich schon Selbstzweck sein oder erst Mittel zu andern Zwecken: der individuelle Zweck kann seinerseits in den Dienst der Allgemeinheit treten, und der allgemeine Zweck kann nur zu dem Ende erstrebt werden, um individuelle Zwecke zu verwirklichen.

Erst der letzte Zweck, um dessentwillen etwas gewollt wird, entscheidet über seinen sittlichen Wert oder Unwert. Den individuellen Zwecken — so wie sie etwa *Wundt*[2]) in solche der Selbsterhaltung, der Selbstbeglückung und der Selbstvervollkommnung scheidet — erkennen wir nur insofern einen positiven sittlichen Wert zu, als sie mittelbar zur Verwirklichung allgemeiner — sozialer oder humaner — Zwecke dienen. Der individuelle Zweck als Selbstzweck ist sittlich wertlos, ebenso wie der allgemeine Zweck, sofern er nur gefordert wird, um als Mittel zur Verwirklichung individueller Zwecke zu dienen. Einzig und allein der allgemeine Zweck als Selbstzweck hat sittlichen Wert.

---

[1]) Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *Westphal*. — Die Arbeit wurde 1915 im Felde geschrieben, aber während des Krieges von der Zensurbehörde zur Veröffentlichung nicht freigegeben.

[2]) *Wundt*, Ethik, S. 427.



Wenn aber den individuellen Zwecken für sich auch nicht ein positiver sittlicher Wert zuerkannt werden kann, so ist damit noch nicht gesagt, daß die Verwirklichung der Zwecke der Selbsterhaltung, der Selbstbeglückung und der Selbstvervollkommnung, sofern diese um ihrer selbst willen erstrebt werden, für sich unsittlich wären. Das tägliche Leben fordert von dem einzelnen tausendfach die Erfüllung von Zwecken, die nur dem einzelnen dienen, und die für sich weder sittlich noch unsittlich sind — sie sind sittlich indifferent — und an die der Maßstab des Sittlichen überhaupt nicht angelegt werden kann, weil sie für ihn schlechthin inkommensurabel sind. Das Durchschnittsleben bewegt sich mit seinen Einzelheiten sogar vollständig in dieser sittlich indifferenten Sphäre; nur die Höhepunkte des Lebens, die Stunden der Begeisterung, des Zornes oder der Andacht, führen über diese Sphäre sittlicher Indifferenz hinaus und fordern die Erfüllung von Zwecken, die unmittelbar im Dienste der Idee des Sittlichen stehen.

Das sittlich indifferente Tun ist noch nicht unsittlich. Unsittlich wird ein Handeln erst, das den Forderungen der Sittlichkeit zuwiderläuft; dem nicht allein ein individueller Zweck Selbstzweck ist, sondern das zugleich einen allgemeinen Zweck als solchen vernichtet, indem es ihn für den individuellen Zweck ausnutzt.

Wir fragen jetzt: Wer lehrt uns die allgemeinen Zwecke kennen, denen wir nicht zuwiderhandeln sollen, oder: woher stammen die Normen, die nach den Forderungen der Sittlichkeit stets negative Kriterien unseres Handelns bleiben sollen?

Diese Frage ist von jeher das Grundproblem der Ethik gewesen. Die Verschiedenartigkeit ihrer Beantwortung ist der Grund für die Scheidung der moralphilosophischen Systeme in transzendente, rationale, eudämonistische usw. gewesen. Wir wollen diese verschiedenartigen Systeme hier nicht auf die Stichhaltigkeit ihrer Grundlagen untersuchen. Für unsere Zwecke genügt es, auf einen psychischen Tatbestand hinzuweisen, den wir in jeder gesunden Psyche erheben können: auf diese besondere, im Gefühl wurzelnde Erkenntnisquelle, die uns im besondern Falle mit Bestimmtheit das sittlich Gute vom Bösen zu trennen lehrt, und die wir in dieser besonderen Bedeutung das „Gewissen" heißen. Wer den Forderungen des Gewissens folgt, hat das — wenigstens subjektive — Gefühl, seine Pflicht erfüllt zu haben: er hat ein „ruhiges" oder „gutes" Gewissen. Aus dem Gewissen stammen die „Normen", d. h. jene Vorschriften an den Willen, die besagen, welche Zwecke dieser bevorzugen soll, wenn ihm die Wahl zwischen verschiedenartigen Zwecken freigegeben ist.

Wir können mit *Wundt*[1]) entsprechend den ethischen Zwecken in den verschiedenen Lebensgebieten drei Hauptformen sittlicher Normen unterscheiden: individuelle, soziale und humane Normen. In jedem dieser

[1]) *Wundt*, Ethik S. 477.

drei Gebiete kann wieder ein subjektiver und ein objektiver Pflicht- und Tugendbegriff unterschieden werden: die subjektive Norm bezieht sich auf das Motiv oder die Gesinnung, die objektive auf die Handlung; und jeder Norm entspricht gleichzeitig eine Pflicht und ein Recht.

Die sittlichen Normen sind subjektive Gebote; und die subjektive Pflicht eines jeden gegen sich selbst besteht darin, so zu denken und zu handeln, daß ihm niemals die Achtung vor sich selber verloren gehe (individuelle Norm). Die subjektive Pflicht gegen die Mitmenschen besteht darin, den Nächsten wie sich selbst zu achten (soziale Norm) und — auf der höchsten Stufe menschlichen Daseins — sich als Werkzeug im Dienste des sittlichen Ideals zu fühlen (humane Norm). Wer diesen Normen nicht gemäß oder gar zuwiderhandelt, handelt — wie schon oben gesagt wurde — sittlich schwach bzw. unsittlich. Aber die sittliche Schwäche und die Unsittlichkeit erhalten den besonderen Charakter der Feigheit, wenn der unsittlich bzw. sittlich schwach Handelnde die Verwirklichung sittlicher Zwecke vorzutäuschen versucht: wenn er — auf der Stufe der individuellen Normen — sich durch Scheingründe über die Mahnungen des eigenen Gewissens hinwegzusetzen sucht, oder wenn er — auf der Stufe der sozialen oder humanen Normen — durch List und Trug ein Handeln diesen Normen gemäß vorzutäuschen sucht, wo in Wirklichkeit ihnen zuwidergehandelt wird.

A s dieser Begriffsbestimmung ergibt sich, daß der Begriff der Feigheit für sich noch nicht einen bestimmten psychischen Tatbestand bezeichnet, also nicht ein psychologischer Begriff ist, sondern ein ethischer Begriff. Aber wie wir im folgenden noch sehen werden, ist dieser ethische Begriff von der besonderen Art, daß er für seine Anwendbarkeit einen ganz bestimmten und eng umschriebenen psychischen Tatbestand voraussetzt.

Der hier definierte ethische Begriff der Feigheit soll die notwendigen und zugleich hinreichenden Bedingungen angeben, die erfüllt sein müssen, damit das gesunde Gefühl des praktischen Menschen eine Handlung als feige bezeichnet. Er soll in gleicher Weise anwendbar sein auf die Handlungsweise des Verbrechers, der seine Tat leugnet oder sie auf andere abschiebt, um sich der Verantwortung für sie zu entziehen, auf den Beamten, dem die „Verantwortungsfreudigkeit" fehlt, der es daher nicht wagt, ihm anvertraute hilflose Untergebene seiner besseren Überzeugung zuwider gegen ungerechte Behandlung von Vorgesetzten in Schutz zu nehmen, der gegen seine Überzeugung handelt, um Vorgesetzten zu Gefallen zu sein;



in gleicher Weise auf das Kind, das sich deshalb nicht gegen den Spielgenossen wehrt, der ihm einen Teil seines Besitzes abnehmen will, weil es sich „fürchtet", den Spielgenossen zu erzürnen, oder auf den Forscher, der es nicht wagt, die letzten Folgerungen aus seiner Lehre zu ziehen, weil er davon für seinen Glauben fürchtet.

Bevor wir zeigen, daß unser Begriff der Feigheit für die ethische Wertung aller dieser Handlungen in gleicher Weise anwendbar ist, müssen wir einige Betrachtungen darüber anstellen, wie sich die ethischen Vorstellungen für die verschiedenen Stufen der geistigen Entwicklung modifizieren.

Die menschliche Vernunft kann ihrer ganzen Organisation nach nichts vorstellen, ohne an den Inhalt ihrer Vorstellungen bestimmte Gefühlstönungen zu knüpfen, um derentwillen sie die Vorstellungen zugleich als Zweck für ihr Handeln denken kann. Und die soziale Gemeinschaft der Menschen bietet überall da, wo sie überhaupt auftritt, ein weites Feld für die Betätigung von menschlicher Liebe und menschlichem Haß. Um wessentwillen aber die Menschen lieben und hassen, d. i. der Unterschied der Zwecke, um derentwillen die Vernunft sich zum Handeln bewogen fühlt, das kennzeichnet sie auf den verschiedenen Stufen ihrer Ausbildung und modifiziert den Inhalt ihres sittlichen Lebens.

Wir unterscheiden [1]) drei Stufen der Entwicklung des sittlichen Lebens: die Stufe des Instinktes, die Stufe der Sitte und die Stufe der Sittlichkeit.

Die tiefste Stufe, die Stufe des Instinktes, kennt noch keine sittlichen Motive: sie kennt nur eindeutig bestimmende, einfache, dem Triebleben unmittelbar entstammende, somit „triebhafte" Beweggründe, welche den Willen leiten.

Alle Vorstellungen, Gefühle und Begehrungen sind auf dieser Stufe nichts weiter als die unmittelbaren Reaktionen des Geistes auf bestimmte Sinneseindrücke; keine Hemmungen binden die unmittelbare sinnliche Kraft; bleibende Stimmungen, Neigungen oder Gewohnheiten gibt es ebensowenig wie bestimmte Grundsätze für das Handeln. Die Ausbildung individueller Verschiedenheiten ist dieser Stufe nahezu unbekannt, auf der der Mensch nichts weiter ist als das farblose Spiegelbild der Außenwelt, die seine geistigen Reaktionen erzeugt und seine Lebensführung bestimmt. Dieser Naturzustand ist in kultureller Beziehung ein Zustand der Roheit, in sittlicher Beziehung aber ein Zustand der Unschuld. Denn auf dieser Stufe gibt es noch keine Freiheit der Wahl unter mehreren Motiven oder höchstens eine solche, die in dem engsten Kreise individueller Lebensgewohnheiten ihre Schranken findet. Dieser Mangel schließt die Möglichkeit unsittlicher oder gar feiger Handlungen von vornherein aus, weil die Möglichkeit der Wahl — die Freiheit des Willens im psychologischen

[1]) vgl. *Wundt*, Ethik I, 3.



Sinne — Voraussetzung ist für die Anwendbarkeit ethischer Maßstäbe. Verwirklicht finden wir — abgesehen von dem Zustande des Wilden und der frühesten Kindheit — diese Stufe nur bei geistigen Erkrankungen: den Zuständen des angeborenen bzw. erworbenen Blöd- und Schwachsinnes, in gewisser Beziehung auch manchen als Dämmerzustände bezeichneten Bewußtseinsveränderungen und dergleichen mehr.

Die zweite Stufe ist die Stufe der Sitte, der Gewohnheit und der Phantasie. Der Geist hat sich über die sinnliche Anregung erhoben, indem er die sinnlich angeregte Tätigkeit selbsttätig fortsetzt; und indem die verschiedenen, sinnlich angeregten Tätigkeiten des Geistes in eine — wenn auch beschränkte — Wechselwirkung zueinander treten, entwickelt sich ein Geistesleben, das als ein eigener, freilich in allen seinen Äußerungen von der Außenwelt abhängiger Mechanismus fortlebt, der aber nicht nur von der momentanen Tätigkeit weiß, sondern in dem sich die Stetigkeit des Bewußtseins durch die verschiedenen Zeiten entwickelt hat. Doch die Wechselwirkung der geistigen Tätigkeiten ist noch unvollständig insofern, als der Willenstätigkeit in ihr noch nicht die alles beherrschende Bedeutung zukommt, die das Eigentümliche einer höheren Stufe bildet. Die Assoziationen, die dieser Geist zu bilden imstande ist, hängen einzig und allein ab von der Zufälligkeit in dem zeitlichen Zusammentreffen der die Assoziation konstituierenden Elemente, nicht von der Erkenntnis ihrer Zweckmäßigkeit; zu willkürlichen Assoziationen ist er noch nicht fähig. Damit entfällt auch die Möglichkeit des geordneten, zielbewußten Denkens ebenso wie des bewußten Handelns nach höheren, vorgestellten, nicht bloß empfundenen Zwecken. Was bleibt dann als Inhalt des geistigen Lebens? Zweierlei: einmal eine nachbildende, reproduktive Tätigkeit, die die Vorstellungen, Gefühle und Willensäußerungen erneut in derselben Reihenfolge lebendig werden läßt, in der sie ursprünglich entstanden und assoziiert wurden, und sodann eine neuschaffende, „produktive", die diesen toten Mechanismus des Gedächtnisses und der daraus resultierenden Gewohnheit durchbricht, indem sie die psychischen Elemente in freie Wechselwirkung zueinander bringt und sie je nach dem Grade, in dem sie zufälligerweise gleichzeitig lebendig sind. in neue Assoziationen zueinander treten läßt.

Auf der zweiten Stufe der Geistesentwicklung bleibt. wie wir soeben festgestellt haben, alles von den Zufälligkeiten äußerer Umstände abhängig. Zufällig bleibt es demgemäß auch, welche der beiden möglichen Tätigkeiten — produktive oder reproduktive — im Vordergrunde des geistigen Lebens stehen. Wo das Gefühl noch weniger ausgebildet ist, da ist die reproduktive, wo das Gefühl aber mehr ausgebildet ist und sich in höherem Maße mit Vorstellungen assoziiert hat, da ist es die produktive.

Wenn die reproduktive Tätigkeit das Seelenleben beherrscht, so erstarrt dieses zum blinden Gewohnheitsleben. Und indem sich das Bewußtsein in der Tradition über die engen Grenzen individueller Erfahrung und Gewohnheit erhebt, bildet sie das aus, was wir „Sitte" nennen.



„Während der Instinkt die Wirkungen der Gewohnheiten zahlloser Generationen nur in der Form mechanisch gewordener und darum bewußtlos sich vollziehender Bewegungen enthält, sind in der Sitte die ständig gewordenen Gewohnheiten der menschlichen Gattung und ihrer Gliederungen als bewußt wirkende Motive erhalten geblieben: der Instinkt ist mechanisch gewordene, die Sitte ist generell gewordene Gewohnheit des Handelns [1].“ Sitte zwängt das Leben dieser Stufe in bestimmte Formen, die es zwar über die unmittelbare sinnliche Anregung erheben, deren Starrheit aber eine freie Fortentwicklung verhindert. In diesen Formen bewegt sich das Seelenleben nach einer festen, vielleicht oft zweckmäßigen Ordnung, aber ohne Freiheit, rein mechanisch. In dem Entwicklungsgang der Menschheit findet sich in diesem Stadium das Leben der Völker in einem Zustande der Erstarrung, wie das der Chinesen. „Über die unmittelbare Macht der Sinnlichkeit sind sie emporgehoben durch die Formen der Gewohnheit. Gesetz und bürgerliche Ordnung haben dort festen Fuß gefaßt, weil sie von den Vorfahren überliefert sind, und werden mit derselben Treue auch auf die Nachkommen fortgeerbt. Sicherheit und Ruhe wird das Leben solcher Völker weit über die beständige sinnliche Bewegung der Wilden erheben, aber der Geist der freien, lebendigen Fortbildung gebricht ihnen noch, sie sind Sklaven der Tradition, des Aberglaubens, des Brauches und der religiösen Zeremonien. Ihnen entspricht im Leben der einzelnen unter uns die handwerkmäßige Lebensansicht des bloßen Herkommens, wie sie vielen mechanischen Geschäftsleuten eigen ist, welche die Ruhe, den Schlendrian, das Stehenbleiben beim Alten lieben und alle selbständige Geistestätigkeit um der Unruhe willen als verderbliche Neuerungssucht hassen [2].“

Tritt unter die Einwirkung stärker ausgebildeter Gefühle die produktive Einbildungskraft als die vorherrschende hervor, so sehen wir das Seelenleben einen freien Charakter annehmen: losgelöst von der sinnlichen Anregung und ohne die Hemmungen der verständigen Selbstbeherrschung entwickelt sich ein freies Spiel wilder Assoziationen, in deren bunten Gestalten Wahrheit und Dichtung, Wirklichkeit und Phantasie in wechselvoller Reihenfolge miteinander verbunden sein können. Die Dichtung beherrscht in dieser Bildungsperiode vorzugweise das Leben — unbeengt durch Formen der Wirklichkeit oder durch den reflektierenden Verstand. Aber zu dieser Art der Dichtung tritt gerade deshalb leicht die Schwärmerei, die bloß Erträumtes mit wirklich Erlebtem verwechselt, Ideale zur Wirklichkeit umzaubert. Fast jedes Einzelleben durchlebt diese Bildungsstufe in der Zeit der ersten Pubertät, und jedes Volk durchlebt sie in einer Periode, in der urwüchsige Dichterkraft phantastisches Heldentum besingt.

Diese mittlere Stufe der geistigen Entwicklung treffen wir regelmäßig an auf dem Wege, den der sich fortentwickelnde Menschengeist

[1]) *Wundt*, Ethik S. 92.

[2]) *Schmid*, Versuch einer Physik der inneren Natur S. 329.



nimmt. Wir treffen sie aber sowohl in ihrer reproduktiven wie in ihrer produktiven Form auch an auf dem Wege der Degeneration von voll ausgebideter geistiger Gesundheit zu Geisteskrankheit in den sogenannten psychischen Grenzzuständen. Die lediglich reproduktive Geistestätigkeit treffen wir an bei allen leichteren Formen des angeborenen und erworbenen Schwachsinnes, aber auch bei gewissen Formen der Neurasthenie; die produktive Tätigkeit finden wir vor allem bei der Hysterie und Hypomanie, aber auch in manchen Anfangsstadien der Paralyse und Dementia praecox

Die dritte Stufe nannten wir die Stufe der Sittlichkeit. Sie ist dadurch gekennzeichnet, daß in ihr der Wille die höchste Stufe seiner Ausbildung erreicht hat und das gesamte übrige Seelenleben beherrscht, indem er willkürlich nach bestimmten Zwecken Assoziationen schafft und den Geist willkürlich zum Handeln bestimmt. Diese Stufe ist die Stufe der psychologischen oder inneren Freiheit; auf ihr ist der Mensch befähigt, die Fesseln des Vorurteils, der Gewohnheit und der Tradition zu durchbrechen und nach selbstgewählten Zwecken zu handeln. „Wenn der Mensch die volle Reife der männlichen Geisteskraft erreicht hat, wenn er die durch Erziehung und Jugendeindrücke gedächtnismäßig fortgeerbten Meinungen, Sitten und Handlungsweisen mit ihren Vorurteilen, Aberglauben und blinden Gewohnheiten von sich geworfen hat, selbständig eigene Überzeugungen sich gebildet und eine eigene Sphäre und Richtung seiner Tätigkeit sich geschaffen hat, so steht er auf dieser dritten Bildungsstufe der Freiheit [1]).

Diese drei Stufen sollen nichts weiter sein als regulative Gesetze, nach welchem die höhere oder niedere Vollkommenheit eines empirisch gegebenen Seelenlebens beurteilt werden kann; keineswegs soll damit ein konstitutives Gesetz angegeben werden, nach welchem sich a priori die empirische Entwicklungsreihe eines Einzel- oder eines Völkerlebens konstruieren ließe. Ein solches Gesetz wäre überhaupt unmöglich. Und für die psychische Natur gilt ebenso wie für die physische das Gesetz von der Stetigkeit aller Entwicklung. Natura non facit saltus. Es gibt keine festen Grenzen, an denen sich die einzelnen Bildungsstufen scheiden, sondern überall nur allmähliche Übergänge. Daher kommen die Bestandteile der einen Stufe auch in andern Stufen vor; nur das Vorherrschen bestimmter Bestandteile in bestimmten Stufen bleibt bestehen. Und Bildungshemmungen können auf jeder Stufe einsetzen und die Weiterentwicklung verhindern.

Schon die Stufe der Gewohnheit läßt die Bildung vielfach gearteter Individualitäten zu. Aber erst auf der Stufe der Sittlichkeit und Freiheit ist eigentlich jeder einzelne auch individuell geartet und von allen andern auf besondere Art verschieden. Und wie Sitte und Sittlichkeit an den Menschen mit bestimmten Forderungen herantreten, die er nach Maß-

[1]) *Schmid*, a. a. O. S. 332.



gabe der Ausbildung seines Willens erfüllt, so werden diese Forderungen noch spezialisiert und verfeinert nach Maßgabe des besonderen Entwicklungsgrades, den innerhalb seiner Stufe das einzelne Individuum angenommen hat, sowie nach Maßgabe der besonderen Umstände, die durch die Betätigung in einem bestimmten Interessengebiet geschaffen werden. So entstehen besondere Berufs- und Standespflichten; und über die Forderung der bloßen Pflichterfüllung hinaus wird auf der höchsten Stufe der Bildung gefordert, diese Pflichten so zu erfüllen, daß zugleich dem ästhetischen Bedürfnis nach Schönheit genügt wird.

Das sittliche Leben fordert von uns die Erfüllung sittlicher Pflichten; darüber aber, wie diese Pflichten zu erfüllen seien, kann vom Standpunkte des sittlichen Lebens aus keine weitere Forderung gestellt werden als diejenige, sie so zu erfüllen, daß durch die Art der Erfüllung nicht andere sittliche Pflichten verletzt werden. Ästhetische Kriterien im besonderen, die der menschliche Geist auf der höchsten Stufe seiner Ausbildung zugleich mit den ethischen Kriterien stets anlegt, sind der sittlichen Beurteilung als solcher fremd. Es gibt kein sittliches Gebot, das verlangt, das Gute in einer schönen Form zu tun: es kann — vom rein sittlichen Standpunkt aus — nur geboten werden, gut zu handeln, niemals aber, zugleich auch edel zu handeln; es kann nur geboten werden, die Pflicht zu tun, nicht aber, sie tapfer zu tun. Die Forderung der Tapferkeit ist keine sittliche Forderung; dieser Anschauung tragen wir im täglichen Leben stets Rechnung; wir beurteilen die zurückhaltende, zögernd unsichere Art, mit der etwa ein weltfremder Gelehrter irgendeine Handlung ausführt, nicht als sittlich minderwertig; wir nennen diese Art aber auch nicht feige, sondern nur zaghaft, schüchtern, wie wir überhaupt dem Mut und der Tapferkeit nicht die Feigheit, sondern die Zaghaftigkeit und Schüchternheit entgegensetzen. Feige nennen wir eine aus Zaghaftigkeit ausgeführte Handlung erst, wenn zu der Zaghaftigkeit als zugrunde liegender Gesinnung noch etwas Besonderes hinzukommt: der Forscher, der die Resultate seiner Forschung aus irgendwelchem unbestimmten Gefühle subjektiver Unzulänglichkeit nicht bekanntgibt, handelt zaghaft, im Gegensatze zu dem Feigling, der die Wahrheit verleugnet, weil er von ihrer Bekanntgabe persönliche Nachteile fürchtet. Nach einem Worte *Schopenhauers* [1]) deutet ein befremdetes, stutziges, ungeschicktes und verkehrtes Benehmen, ein Benehmen aus dem subjektiven Gefühl der

[1]) *Schopenhauer*, Aphorismen S. 233.

Unzulänglichkeit heraus, in nicht seltenen Fällen sogar auf eine Natur edler Art, und im Gegensatze dazu sagt *Nietsche* treffend von dem Feigling [1]: „Der Feige sagt innerlich immer nein, mit den Lippen aber ja.“ Erst wo aus dem Gefühl der Unzulänglichkeit heraus mit „den Lippen ja gesagt“ wird, während die Pflicht nein sagt, d. h. also, wo aus Zaghaftigkeit eine sittliche Pflicht verletzt wird, wird die Zaghaftigkeit zur Feigheit.

Nicht feige zu handeln, ist demgemäß eine selbstverständliche sittliche Pflicht für jeden. Tapfer und mutig zu sein dagegen ist durchaus nicht ohne weiteres jedermanns sittliche Pflicht. Erst wenn auf den höheren Stufen menschlicher Geistesbildung unter der Herrschaft ganz bestimmter ästhetischer Ideen das allgemeine sittliche Bewußtsein sich zum Standesbewußtsein besonderer Gemeinschaften verdichtet, verlangt das verfeinerte Ehrgefühl von dem einzelnen auch Mut und Tapferkeit. Auf dieser Stufe ist dann Mangel an Mut und Tapferkeit schon ohne weiteres Feigheit. Wie auf den verschiedenen Stufen der einzelne zu handeln hat, um nicht feige zu handeln, hängt von dem Grade ab, in dem sein sittliches Bewußtsein entwickelt ist, und in dem der Wille die Herrschaft über das übrige Geistesleben erlangt hat. Aus diesen Unterscheidungen ergibt sich die allgemeine Anwendbarkeit unseres Kriteriums der Feigheit.

Wo aber überhaupt allgemeine Normen für das Handeln möglich sind, d. h. also auf den Stufen der Sitte und der Sittlichkeit, da kann die Forderung der Betätigung aus Tapferkeit jederzeit durch den Willen des Gesetzgebers als Rechtspflicht konstituiert werden. Die Verletzung dieser Rechtspflicht wäre dann Feigheit, aber im juristischen, nicht im ethischen Sinne.

Wir fragen uns jetzt: Welches ist der der Feigheit im ethischen Sinne zugrunde liegende, besondere psychische Tatbestand?

Wenn wir das Zweckwidrige im sittlichen Leben auf seine psychologischen Grundlagen zurückführen, so erkennen wir eine zweifache Wurzel: die Willensschwäche und die verkehrte Willensrichtung [2]. Die Willensschwäche — die der 2. Stufe entspricht und die wir als Grund ansehen für die Annahme einer herabgesetzten Freiheit der Willens-

[1] I, 86.

[2] vgl. *Wundt*, a. a. O. S. 435.

bestimmung — führt zu dem „Zweckwidrigen in negativer Form", zu der Unterlassung des Guten; die verkehrte Willensrichtung führt zu dem „Zweckwidrigen in positiver Form", zur Erzeugung des Schlechten. Wer aus Willensschwäche einen erreichbaren sittlichen Zweck nicht zu erreichen versucht — etwa einem Ertrinkenden, den er retten könnte, nicht nachspringt —, handelt sittlich schwach; wer aber nachspringt, ohne die ernstliche Absicht zu haben, einen Rettungsversuch zu unternehmen, einen solchen vielmehr nur vortäuscht, um seinen Mitmenschen nicht verächtlich zu sein, handelt feige. Die verkehrte Willensrichtung beruht — wenn sie nicht auf einem Erkenntnisirrtum oder einer krankhaften Verbildung des Gefühlslebens beruht — auf einer inneren Verneinung des sittlichen Ideals; wo diese Verneinung sich hinter einer äußeren Bejahung zu verstecken sucht, entsteht aus dem sittlich Schlechten die Feigheit.

Der sittlich Gute handelt nach den Zwecken des sittlichen Lebens, weil er sie liebt; dem sittlich Schwachen sind sie gleichgültig; der sittlich Schlechte negiert sie. Auch der Feige hält sie für gleichgültig oder verneint sie; aber er versucht, sich selbst oder seine Mitmenschen glauben zu machen, er handle nach ihnen und liebe sie; und er tut das, weil er entweder selbst ihren Wert dunkel ahnt, oder weil er sieht, welche Wertschätzung diese Zwecke bei seinen Mitmenschen erfahren, aus deren Mißachtung er nachteilige Folgen fürchtet. Er fürchtet sich vor der inneren oder äußeren Verantwortung für sein Tun.

So finden wir einerseits eine von den sittlichen Zwecken abgewandte Willensrichtung oder sittliche Willensschwäche, anderseits aber Mangel an Selbstvertrauen und Selbstsicherheit, der sich bis zur Furcht steigern kann, als die psychischen Wurzeln der Feigheit.

II. Die strafrechtliche Bedeutung der Feigheit. Das geltende Recht (Militärstrafgesetzbuch für das Deutsche Reich vom 20. Juni 1872) enthält folgende Bestimmungen über die Feigheit:

§ 49 Abs. 1, MStGB.: „Die Verletzung einer Dienstpflicht aus Furcht vor persönlicher Gefahr ist ebenso zu bestrafen wie die Verletzung der Dienstpflicht aus Vorsatz."

§ 84 MStGB.: „Wer während des Gefechts aus Feigheit die Flucht ergreift und die Kameraden durch Worte oder Zeichen zur Flucht verleitet, wird mit dem Tode bestraft."

§ 85 MStGB.: „Mit Zuchthaus bis zu 5 Jahren wird bestraft, wer aus Feigheit:



1. bei dem Vormarsche zum Gefechte, während des Gefechts oder auf dem Rückzuge von seinem Truppenteile heimlich zurückbleibt, von demselben sich wegschleicht oder sich versteckt hält, die Flucht ergreift, seine Waffen oder Munition wegwirft oder im Stiche läßt, oder sein Pferd oder seine Waffen unbrauchbar macht, oder
2. durch Vorschützung einer Verwundung oder eines Leidens, oder durch absichtlich veranlaßte Trunkenheit sich dem Gefechte oder vor dem Feind einer sonstigen, mit Gefahr für seine Person verbundenen Dienstleistung zu entziehen sucht. In minder schweren Fällen tritt Gefängnis von einem Jahre bis zu fünf Jahren und Versetzung in die zweite Klasse des Soldatenstandes ein."

§ 86 MStGB.: „Ist in den Fällen des § 85 durch die Feigheit ein erheblicher Nachteil verursacht worden, so tritt Zuchthaus nicht unter fünf Jahren, und wenn der Tod eines Menschen verursacht worden, Zuchthaus nicht unter zehn Jahren oder lebenslängliches Zuchthaus ein."

§ 87 MStGB.: „Wer in andern als den in den §§ 84 und 85 benannten Fällen aus Besorgnis vor persönlicher Gefahr eine militärische Dienstpflicht verletzt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren bestraft; zugleich kann auf Versetzung in die zweite Klasse des Soldatenstandes erkannt werden."

§ 88 MStGB.: „Hat der Täter in den Fällen der §§ 85 und 86 nach der Tat hervorragende Beweise von Mut abgelegt, so kann die Strafe unter den Mindestbetrag der angedrohten Freiheitsstrafe ermäßigt und in den Fällen der §§ 85 und 87 von der Bestrafung gänzlich abgesehen werden."

Viel einfacher als der psychologisch-ethische Tatbestand der Feigheit ist der strafrechtliche. Feigheit im strafrechtlichen Sinne ist „Furcht vor persönlicher Gefahr," und der § 49 Abs. 1 bedroht allgemein jede Verletzung der Dienstpflicht „aus Furcht vor persönlicher Gefahr" mit Strafe in gleicher Weise, wie wenn die Verletzung der Dienstpflicht „aus Vorsatz," d. i. „aus der die Willensbetätigung begleitenden Vorstellung ihres Erfolges"[1] geschieht. Die Motive (Motive zu dem Entwurf eines Militärstrafgesetzbuches für das Deutsche Reich § 97—101) bezeichnen die Nichtachtung jeder persönlichen Gefahr als eine der wesentlichsten Berufspflichten des Soldaten, die in Kollisionsfällen höher gestellt werden müsse als die Pflicht der Selbsterhaltung. Deshalb werde die aus Feigheit geschehene Verletzung der Dienstpflicht jedem Soldaten als ein um so größeres Verbrechen angerechnet werden müssen, je größer die Gefahr ist, welche durch dieselbe verursacht worden. Dieses letzte Prinzip liegt den Strafabstufungen der §§ 84—87 zugrunde. Und der als Ergänzung zu den vorigen gedachte § 88 hat den Zweck, etwaige Härten zu vermeiden

[1]) *Liszt*, Lehrb. d. d. Strafrechts S. 176.



„und dem Soldaten, welcher vielleicht einmal infolge einer ungünstigen Verkettung von Umständen in eine momentane Mutlosigkeit verfallen ist, die Gelegenheit zu bieten oder auf seine Bitte zu gewähren, durch hervorragende Beweise von Tapferkeit den Schimpf der Feigheit von sich abzubürden und sich Anspruch auf Erlaß der verwirkten Strafe zu erwerben."

Der Regierungsentwurf zum § 49 MStGB. (zitiert nach *Koppmann-Weigel*, Kommentar zum Militärstrafgesetzbuch für das Deutsche Reich, München 1903) lautete: „Mangel oder Beschränkung der freien Willensbestimmung durch Furcht vor persönlicher Gefahr infolge von Drohung oder Gewalt ist weder ein Grund zur Aufhebung der Strafbarkeit noch ein Grund zur Milderung der Strafe." An die Stelle dieses Entwurfes wurde im Reichstage die gegenwärtige Fassung gesetzt, die dem § 116 Pr. MStGB. entlehnt wurde, und die ebenfalls besagen soll, daß „bei Dienstpflichtverletzung aus Furcht vor persönlicher Gefahr diese Furcht weder einen Strafaufhebungs- noch einen Strafmilderungsgrund bildet, dies aber weniger deutlich zum Ausdruck bringen dürfte als § 60 des Entwurfes. Denn eine Dienstpflichtverletzung kann aus Vorsatz begangen sein, und es braucht deshalb die Annahme eines Strafmilderungsgrundes nicht ausgeschlossen zu sein. Die juristischen Bedenken, daß nach dem Wortlaute des Entwurfes selbst der gänzliche Mangel der freien Willensfähigkeit keinen Strafaufhebungsgrund bilden und demnach auch für eine im vollkommen willenlosen Zustande verübte Dienstpflichtverletzung Strafe in vollem Umfang eintreten solle, anderseits das auch im Reichstage zutage getretene Durchdrungensein von der inneren Richtigkeit des Grundsatzes im Militärstrafrechte gaben wohl Veranlassung, zum Wortlaute des § 116 Pr. MStGB. zurückzukehren[1]). Anders freilich denkt *Mayer* [2]), der der Ansicht ist, daß in Übereinstimmung mit dem Entwurfe auch das geltende Recht selbst dann die Furcht vor persönlicher Gefahr nicht als Strafausschließungs- bzw. Strafmilderungsgrund anerkennt, wenn die Furcht so hochgradig war, daß durch sie die freie Willensbestimmung im Sinne des § 51 RStGB. ganz ausgeschlossen war. Wir werden dazu weiter unten Stellung nehmen.

Furcht vor persönlicher Gefahr muß als Motiv der Dienstpflichtverletzung nachgewiesen sein, damit eine Verurteilung aus einem der Feigheitsparagraphen möglich wird. Dabei umfaßt der Begriff „Dienstpflicht" nicht nur diejenigen Pflichten, die sich aus bestimmten und eng umgrenzten Befehlen oder Anordnungen ergeben, sondern auch diejenigen, die sich aus allgemeinen militärischen Grundsätzen ergeben. So ist die Feigheit ein Delikt, das nicht nur im Kriege, sondern auch

[1]) *Koppmann-Weigel*, Kommentar zum Militärstrafgesetzbuch, 1903.
[2]) *Mayer*, Deutsches Militärstrafrecht 1907.



im Frieden vorkommen kann. *Rotermund* nennt als Beispiele solcher Friedens-Feigheitsdelikte: der Untergebene verweigert die Vornahme einer schweren Turnübung am Querbaum aus Furcht, herunterzufallen (§§ 92, 94 MStrGB.); ein Transportführer läßt den fliehenden Verbrecher aus Furcht vor tätlichem Angriff laufen. Wir fügen den naheliegenden Fall hinzu, in dem ein Krankenwärter die Pflege eines Infektionskranken oder eines aggressiven Geisteskranken verweigert. Das Verhältnis von § 49, 1 zu §§ 84—87, besonders zu § 87, ist demnach so aufzufassen, daß „die Strafe, wenn die aus Feigheit verletzte Dienstpflicht keine in dem MStrGB. enthaltene strafbare Handlung involviert, nur aus § 87 MStrGB. eintritt. Ist sie dagegen gleichzeitig ein Verbrechen oder Vergehen, so besteht Idealkonkurrenz zwischen § 87 (einerseits) und § 49[1] in Verbindung mit dem betreffenden Verbrechen oder Vergehen (anderseits)."

Es sei nochmals betont: Feigheit muß ausdrücklich als Motiv der Tat nachgewiesen werden. Es genügt nicht, daß eine Dienstpflichtverletzung begangen wurde, während allgemein der Gemütszustand der Furcht bestand, selbst dann noch nicht, wenn diese Furcht die Vorstellung einer persönlichen Gefahr begleitete. Die Dienstpflichtverletzung muß begangen werden aus Furcht vor der besonderen Gefahr, die die Erfüllung der Pflicht für die Person des Ausführenden mit sich gebracht hätte.

III. Die klinische Bedeutung der Feigheit. Wir gehen aus von der Erörterung eines — übrigens angenommenen — konkreten Falles.

Ein Mann, etwa ein Krankenträger, erhalte den Befehl, einen Verwundeten zu holen. Dieser befinde sich an einer Stelle, an die von Zeit zu Zeit geschossen wird. Der Krankenträger zögert im Hinblick auf das Feuer, die Stelle zu betreten. Inzwischen verblutet der Verwundete. Da der Mann angibt, die Feuerzone nicht betreten zu haben, weil er gefürchtet habe, dabei selbst getötet zu werden, wird gegen ihn die Anklage wegen Feigheit mit Nachteilserfolg erhoben.

Je nach dem subjektiven und objektiven Tatbestand sind mehrere Entscheidungsmöglichkeiten gegeben:

1. Der Mann gibt zu, daß er sich vor der Gefahr gefürchtet habe, und daß diese Furcht das Motiv seiner Handlungsweise gewesen ist, während objektiv — etwa durch Zeugen, die ihrerseits den Versuch unternahmen, den Verwundeten zu holen, die aber zu spät kamen — bewiesen wird, daß es nicht unmöglich war, zu dem Verwundeten zu

gelangen. In diesem Falle muß eine Verurteilung selbst dann erfolgen [1]), wenn die Furcht so hochgradig war, daß durch sie die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war. Wir bezweifeln freilich aus unten näher erörterten Gründen, daß dieser letzte Fall jemals praktisch werden könne.

2. Der Mann gibt an, zwar Furcht gehabt zu haben, aber diese Furcht sei nicht Motiv seines Handelns gewesen. Dagegen habe er — freilich, wie er später erkannt habe, irrtümlich — angenommen es sei objektiv unmöglich, an die in Frage kommende Stelle zu gelangen.

   Solche Irrtümer sind auch beim Normalen natürlich um so leichter möglich, je mehr der Handelnde von der Furcht ergriffen ist. Aber solange nicht die Furcht Bestimmungsgrund der Tat ist, sondern nur Grund des Irrtums, der seinerseits erst Bestimmungsgrund der Tat wird, kann nicht eine Verurteilung wegen Feigheit erfolgen; denn dieser Irrtum hat nach den allgemeinen Grundsätzen des Strafrechts entschuldigende Kraft, da durch ihn ein für den gesetzlichen Tatbestand der Schuld wesentliches Merkmal wegfällt.

3. Es bestand objektiv und nachgewiesenermaßen die absolute Unmöglichkeit, an die betreffende Stelle zu gelangen. In diesem Falle muß selbst dann Straffreiheit eintreten, wenn der Mann — etwa weil er diese Unmöglichkeit nicht erkannte — tatsächlich aus Furcht vor persönlicher Gefahr handelte, also den subjektiven Tatbestand der Feigheit erfüllte; denn dieser subjektive Tatbestand ist nur dann strafbar, wenn er zur Dienstpflichtverletzung führt; es kann aber niemals Dienstpflicht sein, etwas Unmögliches zu erreichen.

Uns interessieren vom Standpunkte der klinischen Pathologie nur die beiden ersten Fälle:

1. die Dienstpflichtverletzung aus Furcht, besonders dann, wenn es sich um eine krankhafte oder krankhaft begründete Furcht handelt, und
2. die Dienstpflichtverletzung auf Grund des durch Furcht begünstigten Irrtums, besonders, wenn entweder die Furcht krankhaft war oder der Irrtum.

Die Pathologie der Furcht. *Wundt* [2]) nennt die Furcht die Unlustform der Erwartung, und er stellt sie der Hoffnung als der Lustform der Erwartung gegenüber. Die Hoffnung ist die Erwartung eines gewünschten Ereignisses. Die Furcht vor einem unmittelbar bevorstehenden, sehr unerwünschten oder gefahrbringenden Ereignis nennt er Angst. Die Überraschung, die durch ein plötzlich

[1]) vgl. *Mayer*, Deutsches Militärstrafrecht I, S. 93.

[2]) *Wundt*, Vorlesungen über Menschen- und Tierseele. 1911, S. 465.



eintretendes, nicht erwartetes, unheilvolles Ereignis erzeugt wird, heißt er Schreck, und diese ist Bestürzung, wenn das Ereignis physisch lähmend auf den Erschreckenden einwirkt; sie ist Entsetzen, wenn der Erschreckte durch das unheilvolle Ereignis stark erregt wird. Die fortgesetzte Furcht nennt *Wundt* Sorge. In ihr ist die Furcht zur dauernden, eben deshalb aber auch gemilderten Stimmung geworden.

Seit alters her teilt man die Erscheinungen des Gefühlslebens ein in komplexe und elementare Gefühle, und auf der Verbindung dieser Unterscheidung mit den Unterschieden der Intensität und der Dauer beruht die alte Einteilung in Gefühle, Affekte und Stimmungen.

Die Klassifikation der Gefühle, Affekte und Stimmungen stößt auf große Schwierigkeiten sachlicher und methodischer Art. Sie ist wissenschaftlich bisher nicht einheitlich durchgeführt worden. Wir kennen jedoch eine große Anzahl von Tatsachen aus der allgemeinen Gefühls- und Affektlehre, die geeignet sind, ein besonderes Licht auf die noch ganz und gar in den Anfangsgründen stehende Psychologie und Pathologie des Furchtaffektes zu werfen.

Von allen Elementen des Seelenlebens sind die Gefühle die unselbständigsten. Sie sind die subjektive Wirkung von Vorstellungen, durch welche Freude oder Trauer erregende Gegenstände in das Bewußtsein eingehen. Subjektiv ist die Wirkung insofern, als den Gefühlen — im Gegensatze zu der Objektivität des Vorstellens und Denkens — nicht Gegenstände entsprechen, welche auch unabhängig von dem psychischen Akte des Fühlens etwa als Lust oder Unlust selbständig fortbestünden, während die Gegenstände, die durch die Objektivitätsfunktionen des Vorstellens und Denkens erfaßt werden, auch unabhängig von diesem Vorstellen und Denken fortbestehen. Und wie Lust und Unlust objektiv nicht unabhängig von meinem Fühlen existieren kann, ist es subjektiv unmöglich, Gefühle zu haben unabhängig von den Grundlagen, auf denen sie entstanden: „Die Akte der Raum-, Zeit-, Zahlauffassung usw. sind als Raum-, Zeit-, Zahlbegriffe trennbar von den Empfindungen, an denen sie ursprünglich haften. Nicht so die Gefühle. Man wende nicht ein, daß wir auch Gefühlsbegriffe haben, ebenso wie Raum-, Zeit- oder Zahlbegriffe. Gefühlsbegriffe sind Denkakte, die Gefühle zu Gegenständen haben“ [1]). Furcht und Hoffnung, Liebe und Haß sind in uns liegende Zustände, die sich an die Vorstellung bestimmter Gegenstände anschließen, die zwar unabhängig von diesen Vorstellungen gar nicht existieren können, die aber nicht objektive Eigenschaften der vorgestellten Gegenstände sind.

Die Affekte sind nach *Wundt* [2]) durch physische Begleiterscheinungen gekennzeichnete Gemütszustände, die mit der Verbindung der Vorstellun-

---

[1]) *Ebbinghaus*, Grundzüge der Psychologie I, S. 541. Leipzig 1911.

[2]) Vorlesungen über Menschen- und Tierseele. 1911, S. 456.

gen im Bewußtsein zusammenhängen und die „zu den wichtigsten, auf die Vorstellungsprozesse ebenso wie auf die Willenshandlungen einflußreichsten seelischen Vorgängen“ gehören, die mit den Gefühlen den subjektiven Charakter gemeinsam haben, von diesen aber dadurch verschieden sind, daß sich Vorstellungsbewegungen sowie Reaktionen der Bewegungsorgane an ihnen beteiligen. Die Gefühle verraten sich demnach dem äußeren Beobachter in der Regel nicht oder doch erst dann, wenn sie in Affekte übergehen, die sich nach dieser Anschauung daher immer in bestimmten Ausdrucksbewegungen widerspiegeln, zu denen Veränderungen der Herztätigkeit, Erweiterung oder Kontraktion der Blutgefäße, erhöhte oder verminderte Tätigkeit einiger Drüsen u. a. m. hinzutreten; beim Affekt intensiver als beim bloßen Gefühl und in einer Konstellation, die einen für jeden Affekt charakteristischen Symptomenkomplex ergibt. Aber nach dieser Anschauung ist der Affekt nicht bloß ein starkes Gefühl oder gar ein Gefühl, das aus dem Vorstellungsverlauf entspringt. Der Affekt entsteht vielmehr aus einem Anfangsgefühl, das den Vorstellungsverlauf verändert, der dann seinerseits das Anfangsgefühl teils verstärkt, teils aber qualitativ verändert, und das schließlich in ein Endgefühl übergeht, welches kürzere oder längere Zeit fortbestehen, aber auch seinerseits wieder Anfangsgefühl eines neuen Affektes werden kann. So besteht der Hauptunterschied von Gefühl und Affekt in der Wirkung des Anfangsgefühls auf den Vorstellungsverlauf. Da aber diese Wirkung wieder abhängt von den Gefühlen, die an die einzelnen Vorstellungen gebunden sind, so besteht das Eigenartige des Affektes darin, daß er ein in sich zusammenhängender Gefühlsverlauf ist, der auf solche Weise das Mittelglied zwischen dem einzelnen Gefühl und dem Willensvorgang bildet. Sobald Gefühle zu einem zusammenhängenden, durch einheitliche Motive verbundenen Verlauf sich aneinanderreihen, so ist eben ein solcher Verlauf ein Affekt. Im Gegensatze hierzu bezeichnet *Ebbinghaus-Dürr* [1]) die Affekte als Erlebnisse, die — unter der Voraussetzung, daß es bei der Qualitätenarmut des Gefühlslebens Gefühlsverläufe nur im Sinne des Oszillierens von Lust und Unlust geben kann — dadurch ausgezeichnet sind, daß in ihnen mit den zugehörigen Empfindungen, Vorstellungen und Gedanken ein reicher Verlauf von körperlichen Veränderungen feststellbar ist.

Mosso [2]) gibt eine anschauliche Schilderung eines Zustandes, den er selbst erlebt und als Furcht empfunden hat. Es war, als er zum ersten Male einen öffentlichen Vortrag halten sollte:

„Hinter den Vorhängen einer Glastür blickte ich in das große Amphitheater. Es war bis zur obersten Reihe dicht mit Menschen gefüllt. Ich war auf der Rednertribüne ganz und gar ein Neuling . . . ich sollte nur

[1]) *Ebbinghaus-Dürr*, Grundzüge der Psychologie, 2. Bd., S. 343.
[2]) *Mosso*, Die Furcht. Leipzig 1889.



die Ergebnisse einiger meiner Studien über die Physiologie des Schlafes mitteilen. Und doch, je näher die Stunde rückte, desto stärker wuchs in mir die Furcht, mich zu verwirren, die Fassung zu verlieren, mit offenem Munde dazustehen. Hastig schlug das Herz in mir, und ich fühlte ein inneres Zusammenschnüren, eine solche Beklemmung, wie wenn ich in einen gähnenden Abgrund schaute. Ich warf einen letzten Blick auf meine Notizen und ward mit Schrecken gewahr, daß ich den Faden des Gedankenganges verloren hatte und den Zusammenhang nicht wiederfinden konnte. Die Versuche, die ich hundertmal gemacht, die langen Perioden, die ich Wort für Wort glaubte hersagen zu können, alles schien mir verloren, wie ausgelöscht aus meinem Gedächtnis, als ob ich nie daran gedacht hätte. Dies war der Höhepunkt meiner Besorgnis. Von ihm blieb meiner Erinnerung das Wenigste, so sehr war ich erregt. Ich erinnere mich nur noch, den Pedell gesehen zu haben, wie er die Klinke ergriff, um die Tür zu öffnen, daß mich ein Windstoß umfing, die Ohren mir summten, und daß ich mich endlich vor einem Tische befand, inmitten einer schwülen Stille; es war mir, als ob ich, in stürmische See getaucht, den Kopf aus dem Wasser erhoben, an einen Felsen mich klammerte, der mitten im weiten Amphitheater sich befindet. Wie seltsam meine ersten Worte mich berührten! Mir schien es, die Stimme verhalle in einer mächtigen Öde, in welcher das kaum gesprochene Wort erlösche und ersterbe. Nach einigen fast mechanisch gesprochenen Sätzen gewahrte ich, daß ich die Einleitung meiner Rede schon beendigt hatte, und ich war bestürzt, daß das Gedächtnis mich gerade dort im Stiche gelassen habe, wo ich mich am sichersten wähnte; es blieb aber keine Zeit zu Rückblicken, und ganz verwirrt fuhr ich dann fort. Der Saal schien wie in Nebel gehüllt. Langsam begann sich der Gesichtskreis aufzuhellen. ... Die erste größte Gemütserregung war vorüber: aber welche Trockenheit in der Kehle, wie mir das Gesicht flammte! Wie beklommen noch immer mein Atem war, wie schwer die Zunge und zitternd die Stimme! Die Harmonie des Satzes wurde oft durch ein hastiges Atemschöpfen mitten unterbrochen oder gewaltsam in die Länge gezogen, indem sich der Brustkorb zusammenpreßte. ... Nichtsdestoweniger wickelte sich die Rede glatt ab ... längs des rettenden Fadens, dem ich blindlings folgte ... Zuletzt schwand das Zittern der Hände ... eine Schwere überfiel meinen ganzen Körper, die Muskeln schienen sich zu steifen und die Knie wankten. ... Gegen das Ende fühlte ich das Blut aufs neue in mir sich rühren, und es vergingen einige Minuten, von denen mir, außer an eine große Beklemmung, gar keine weitere Erinnerung blieb. ... Ich schwitzte, war erschöpft, die Kräfte schwanden mir. ..."

Diese anschauliche Schilderung zeigt gut den Gefühlsverlauf in den verschiedenen Phasen des Affektes; ob man den Affekt selbst, der an Heftigkeit wohl kaum noch übertroffen werden kann, einen Furcht-



oder einen Angstaffekt nennen will, ist Sache der Definition und auch gleichgültig. Eines steht zweifelsfrei fest: daß selbst in diesem Zustande höchster Erregung keineswegs die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war, und daß für ein Verbrechen, das in diesem Zustande begangen worden wäre, die Voraussetzungen des § 51 RStrGB. keineswegs erfüllt gewesen wären. Wohl war die Freiheit des Überlegens herabgemindert, aber solange *Mosso* — wenn auch blindlings — seinem Faden folgen konnte, erfüllte er einen in freier Wahl gesetzten Zweck; und das ist ein sicherer Maßstab dafür, daß die freie Willensbestimmung erhalten war. Daran ändert auch nichts die Tatsache, daß später eine partielle Amnesie bestand. Diese Tatsache beweist im Gegenteil, daß die Amnesie unabhängig von der Freiheit der Willensbetätigung bestehen kann. Für die im Alkoholrausche begangenen Delikte ist dieser Satz längst anerkannt. Aber für die hysterischen Delikte wird noch nicht allgemein nach ihm verfahren, trotzdem sie sicherlich auch für diese zu Recht besteht.

Weil wir der Überzeugung sind, daß der hier beschriebene Affekt an Intensität unter normalen Verhältnissen nicht mehr übertroffen werden kann, sind wir der ferneren Überzeugung, daß der normale Furchtaffekt — immer unter der Voraussetzung eines nicht gestörten Geisteszustandes — für sich allein niemals imstande ist, einen Zustand zu schaffen, der die Voraussetzungen des § 51 RStrGB. erfüllt. *Mayer* (MStrGB. S. 93) spricht die Ansicht aus, daß das geltende Recht in Übereinstimmung mit dem Entwurf die Furcht vor persönlicher Gefahr selbst dann nicht als Strafausschließungs- bzw. Strafmilderungsgrund anerkennt, wenn die Furcht so hochgradig war, daß durch sie die freie Willensbestimmung ganz ausgeschlossen war. Diese Ansicht ist praktisch bedeutunglos, weil ein solcher Furchtzustand in Wirklichkeit normalerweise nicht vorkommt. Sie aber auch auf diejenigen Furchtzustände auszudehnen, die auf der Grundlage solcher krankhaften Störungen der Geistestätigkeit erwachsen, welche für sich die freie Willensbestimmung im Sinne des § 51 RStrGB. ausschließen, dürfte aus allgemein strafrechtlichen Erwägungen unmöglich sein und auch nicht in der Absicht des Gesetzgebers gelegen haben.

Der Einfluß, den in der Schilderung von *Mossos* Furchtzustand der Gefühlsverlauf auf den Vorstellungsablauf gewinnt, sowie die



Rückwirkung, die der veränderte Vorstellungsverlauf seinerseits wieder auf den Gefühlsverlauf ausübt, entspricht dem, was *Wundt* allgemein als Affektverlauf beschreibt. Wir werden diesen Einfluß wegen seiner Bedeutung für den Irrtum in Verbindung mit diesem noch etwas näher ins Auge zu fassen haben.

Als körperliche Begleiterscheinungen der Furcht beobachten wir Ausdrucksbewegungen, die als Symptome des allgemeinen Schutz- und Fluchtbedürfnisses in Form von geduckter Haltung, scheuem Blick und dergleichen mehr in die Erscheinung treten; daneben finden sich starkes Herzklopfen, Veränderungen in der Atmung, bei höheren Graden der Furcht auch Schweißausbruch, Zitterzustände, abnorme Sensationen in Brust, Bauch, Kopf und Extremitäten, schließlich in den höchsten Graden ein Erschlaffen der Muskulatur. Alle diese Symptome können mehr oder weniger vollzählig bei jedem Furchtzustand beobachtet werden; aber ihre Existenz beweist noch nicht, daß der von Furcht Besessene nun auch aus Furcht handelt; wie der Fall *Mossos* zeigt, der trotz des heftigen Furchtaffektes die ihm gestellten Aufgaben erfüllte. In der Tat bedroht ja das Militärstrafgesetzbuch auch nicht den Furchtzustand als solchen mit Strafe, sondern nur die Dienstpflichtverletzung aus Furcht; diese freilich bestraft es ebenso wie die Vorsatzdelikte.

Bezüglich der inneren organischen Veränderungen, die das Auftreten der Affekte begleiten, hat man[1]) früher angenommen, daß sie als Wirkungen der Affekte selbst aufzufassen seien. Der dänische Pathologe *Carl Lange* und der amerikanische Psychologe *William James* haben im Gegensatz hierzu die Behauptung aufgestellt, daß gerade umgekehrt die inneren organischen Veränderungen, die wir bei Affekten auftreten sehen, die Ursachen und nicht die Wirkungen der Affekte sind; daß die Affekte im Grunde nichts weiter sind als die Empfindungen körperlicher Veränderungen. Diese Ansicht ist wissenschaftlich insofern unhaltbar, als die psychologische Analyse der Affekte wie der Gefühlszustände überhaupt einen Inhalt ergibt, der qualitativ verschieden ist von Empfindungen irgendwelcher Art, auch von Organempfindungen; und über die Herkunft dieses qualitativ differenten

[1]) Vergl. *Störring*, Vorlesungen über Psychopathologie, Leipzig 1900, sowie von demselben Verfasser: Die Hebel der sittlichen Entwicklung der Jugend. 1911.



Gehaltes vermag die *James-Lange*sche Theorie keinerlei Rechenschaft zu geben. Er wird erklärt durch die Modifikation, die auch *Störring* dieser Theorie gibt und die sich kurz so ausspricht: Mit den Organempfindungen verbinden sich Gefühlstöne der Lust und Unlust; durch die Verschmelzung von Organempfindungen, Organgefühlen und primären Gefühlstönen entstehen Affekte. Wir wollen hier nicht zu dieser Theorie Stellung nehmen; aber wir führen sie an, weil sie uns mahnt, den körperlichen Veränderungen, insbesondere den Organveränderungen überall da, wo wir eine pathologische Form der Furcht vermuten, in erhöhtem Maße unsere Aufmerksamkeit zuzuwenden und uns die Frage vorzulegen, ob in den Organveränderungen nicht die Grundlagen einer pathologischen Furcht zu suchen sind.

Die Erörterungen über die Subjektivität der Gefühle müssen noch um eine wichtige Angabe erweitert werden. Wir hatten gesagt, die Gefühle seien die subjektive Wirkung von Vorstellungen, durch welche Trauer oder Freude erregende Gegenstände in das Bewußtsein eingehen, daß aber der Freude und Trauer keineswegs objektiv Gegenstände entsprächen, welche auch unabhängig von dem psychischen Akte des Fühlens beständen. Wann sich der Geist veranlaßt fühlt, seine Tätigkeit mit dem Gefühle der Lust oder Unlust zu begleiten, hängt ab von Bedingungen, die in seiner Organisation begründet liegen; diese Bedingungen unterliegen dem allgemeinen Gesetze der Gewöhnung: bei häufiger Wiederholung oder längerer Dauer derselben Eindrücke wird die mit ihnen verbundene Gefühlstönung der Lust wie der Unlust allmählich schwächer, um schließlich in Indifferenz überzugehen oder gar über diese hinaus in das Negativ der ursprünglichen Tönung umzuschlagen. An die Stelle von Freude kann Gleichgültigkeit oder gar Ekel treten, an die Stelle von Furcht ebenfalls Gleichgültigkeit oder sogar Hoffnung. In erster Linie auf den Unterschieden der Gewöhnung, erst in zweiter Linie auf den Unterschieden der Veranlagung beruhen die Verschiedenheiten, mit denen Menschen gefühlsmäßig auf die gleichen Vorstellungen reagieren. Erst bei Zuständen krankhafter Veränderung der Geistestätigkeit ändert sich dieses Verhältnis, insofern bei ihnen die Bedeutung der Gewöhnung gegenüber derjenigen der Anlage zurücktritt.

Ob es krankhafte Furchtzustände gibt, denen ein qualitativ verändertes Furchtgefühl zugrunde liegt, ist uns nicht bekannt. Die Be-



schreibungen, die intelligente Neurastheniker uns von ihren Angstzuständen geben, stimmen zwar überein mit dem, was wir auch in normalen Zuständen in dieser Beziehung zu erfahren gewohnt sind. Jedoch muß betont werden, daß Vergleiche zwischen Gefühlsqualitäten, die in großen, zeitlichen Abständen voneinander erlebt werden, außerordentlich unsicher sind, und daß Gefühlsqualitäten nur von demjenigen richtig gewertet werden können, der sie erlebt; ein Nacherleben aber ist unmöglich auf Grund einer bloßen Beschreibung. Und wenn das schon für die psychischen Grenzzustände gilt, so gilt es in noch viel höherem Maße für die echten Psychosen.

Dahingegen sind uns zahlreiche Furchtzustände bekannt, die aus krankhaften psychischen Bedingungen erwachsen, und die wir daher ebenfalls als pathologische Furchtzustände bezeichnen müssen. Wir gelangen zu folgender Gliederung der Furchtzustände:

I. Pathologische Furcht als qualitative Veränderung des zugrunde liegenden Furchtgefühles. Ihr Vorkommen ist zweifelhaft.

II. Pathologische Furcht als Gemütszustand, der aus abnormen Bedingungen erwachsen ist. 1. Die gegenstandlose Furcht, d. h. die von Natur unselbständigen, an Vorstellungen gebundenen und auf Vorstellungen gerichteten Furchtgefühle sind selbständig aufgetreten (Neurasthenie, Melancholie). Der Kranke fühlt Furcht, ohne zu wissen, warum; oft genug weiß er sogar, daß kein Grund zu Furcht oder Angst vorhanden ist. Wenn die Umstände ungünstig sind, kann diese Furcht Grund werden zu einer Anklage aus einem Feigheitsparagraphen. Sie erfüllt — eben wegen der unbestimmten Richtung der Furcht — keineswegs die für den Tatbestand der Feigheit zu fordernden Voraussetzungen; dabei kann die freie Willensbestimmung erhalten sein oder auch aufgehoben.

2. Die gegenständliche, aus krankhaftem Vorstellungsablauf entspringende Furcht. Zu ihr gehören die Zustände der Platzangst, Beschmutzungsfurcht, überhaupt die „Phobien“, wie sie vielen Formen der Neurasthenie und des Entartungsirreseins eigen sind. Die Phobien erfüllen wegen des pathologischen Charakters der Furcht ebenfalls die für den Tatbestand der Feigheit zu fordernden Voraussetzungen nicht. Daneben schaffen sie oft Zustände, die die Freiheit der Willensbestimmung im Sinne des § 51 RStrGB. aufheben.



3. Die gegenständliche, aus krankhaft verändertem Triebleben entspringende Furcht. Diese Furcht ist der hypochondrischen Form der Hysterie (Neurasthenie) ganz allgemein eigen. Diese praktisch wichtige Form der Furcht kann in doppelter Weise zu Handlungen führen, die eine Anklage aus Feigheitsparagraphen nach sich ziehen: einmal, insofern die dauernd vorhandene Furcht vor persönlicher Gefahr zu Dienstpflichtverletzungen führt; sodann aber, insofern hypochondrische Klagen leicht den Verdacht aufkommen lassen, als handle es sich um den Versuch der Vortäuschung eines Leidens (§ 85, Abs. 2 MStrGB.). In diesen Fällen kommt wohl selten der § 51 RStrGB. in Frage. Dagegen wird man in allen denjenigen Fällen, in denen der hypochondrische Charakter der Furcht aus dem ganzen Krankheitsbilde wahrscheinlich ist, nicht umhin können, zu erklären, daß auch hier die für den Tatbestand der Feigheit zu fordernden Tatbestandsmerkmale nicht erfüllt sind, da es sich um eine pathologische Furchtform handelt. Das ist eine Tatsache, die nach meinen Erfahrungen bisher kaum beachtet wurde, die aber wegen ihrer weittragenden Bedeutung sehr wohl Beachtung verdient.

Der krankhafte Charakter der hypochondrischen Furcht erhellt ganz besonders aus der Tatsache, daß für sie das — oben erörterte — Gesetz der Gewöhnung gar nicht oder nur in sehr beschränktem Umfange gilt: diejenigen Eindrücke, die die hypochondrischen Furchtvorstellungen erzeugen, verlieren selbst bei langer Dauer und häufiger Wiederholung nicht oder nur in geringem Grade ihre affekterzeugende Kraft.

4. Die gegenständliche, auf dem Boden der nervösen Überreizung sich entwickelnde Furcht. Sie ist den Zuständen von geistiger und körperlicher Erschöpfung eigen, wie sie sich unter langer, mehr oder weniger intensiver Einwirkung körperlicher und psychischer Schädigungen entwickeln. Reize, an die sich Geist und Körper nach dem Gesetze der Gewöhnung längst gewöhnt hatten, werden plötzlich wieder als unangenehm empfunden und erzeugen Furchtaffekte, die zweifellos ebenfalls als pathologischer Natur anzusprechen sind.

5. Die gegenständliche, auf dem Boden des Schwachsinns erwachsene Furcht, sei es nun, daß diese zu Dienstpflichtverletzungen unmittelbar aus Furcht vor persönlicher Gefahr führt oder mittelbar, indem die Furcht Anlaß wird zur Verkennung der Situation, die erst



ihrerseits zu Dienstpflichtverletzungen führt. In diesen Fällen wird wohl meistens § 51 RStrGB. in seine Rechte zu treten haben.

Fassen wir diese auf Grund von psychologischen Kriterien erfolgte Einteilung noch einmal unter rein klinischen Gesichtspunkten zusammen, so können wir sagen:

1. Die auf dem Boden echter Psychosen erwachsenen Furchtzustände erfüllen die Voraussetzungen des § 51 RStrGB. stets.

2. Die auf dem Boden der sogenannten Grenzzustände erwachsenen Furchtzustände erfüllen die Voraussetzungen des § 51 RStrGB. seltener. Dagegen wird man häufig anerkennen müssen, daß Dienstpflichtverletzungen, die auf Grund dieser Furchtzustände begangen werden, ihrem Tatbestande nach nicht Feigheitsdelikte im Sinne des Gesetzes sind.

Es liegt hier einer der seltenen Fälle vor, in denen der Psychiater in der Lage ist, zur Frage des gesetzlichen Tatbestandes Stellung zu nehmen und sie aus allgemein-psychopathologischen Kriterien zu entscheiden — eine Frage, die im allgemeinen die Zuständigkeit des psychiatrischen Sachverständigen überschreitet.



Zur Reform der Irrenfürsorge.

Von

Dr. **Friedrich Baumann** und Dr. **Oskar Rein**,

Oberärzte der brandenburg. Landes-Irrenanstalt Landsberg a. W.

In Band 47 Heft 1—3 der Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. veröffentlicht *Kolb*-Erlangen eine Reihe von Vorschlägen zur Irrenreform, zu deren Kritik und Besprechung er selbst auffordert, um eine gewisse Klärung unter den Psychiatern herbeizuführen, da doch wohl in nächster Zeit eine staatliche Reform der Irrenfürsorge zu erwarten ist. Nicht nur die Neugestaltung unserer innerpolitischen Verhältnisse läßt diese Erwartungen gerechtfertigt erscheinen, auch wir Irrenärzte selbst müssen danach streben, Verhältnisse in der Irrenfürsorge zu schaffen, die einmal nach außen hin der Entwicklung der Psychiatrie in den letzten Jahrzehnten Rechnung tragen, anderseits aber auch nach innen die Stellung der Ärzte zueinander (Direktoren, Oberärzte, Anstaltsärzte usw.) und zu den Verwaltungsbehörden, denen die Anstalten unterstehen, in befriedigenderer Weise regeln, als dies bisher noch vielfach der Fall ist.

Die Vorschläge *Kolbs*, die sich ja großenteils anlehnen an entsprechende ähnliche Einrichtungen in andern Staaten, geben zweifelsohne eine gute Grundlage zur Besprechung dieser wichtigen Frage; es haben sich ja auch bereits eine Anzahl von Psychiatern (meist wohl Anstaltsleiter) durch Beantwortung eines Fragebogens einverstanden, zum mindesten im Prinzip, erklärt.

Wenn wir hier zu den Ausführungen *Kolbs* Stellung nehmen, so möchten wir zunächst auf eins hinweisen: *Kolb* geht in seinen Erörterungen wohl hauptsächlich von bayerischen Verhältnissen aus, wie ja wohl auch sein Aufsatz als Referat für die Versammlung der bayrischen Psychiater gedacht ist; anders als in Bayern und in den übrigen deutschen Bundesstaaten liegen die Verhältnisse in Preußen. Da nun

eine Reform des Irrenwesens doch derartig sein muß, daß dadurch in ganz Deutschland gleiche oder doch mindestens gleichartige Einrichtungen getroffen werden, so erscheint es uns angebracht, von den Verhältnissen, wie sie in dem größten deutschen Bundesstaat, in Preußen, bestehen, auszugehen, zumal die hiesigen Verhältnisse schon zum Teil der geforderten Reform der Irrenfürsorge näher stehen als z. B. in Bayern. Gewiß müßte auch hier manches geändert werden, aber es ist doch gut, den Änderungen schon bestehende, bewährte Einrichtungen zugrunde zu legen.

In Preußen unterstehen die öffentlichen Anstalten der Provinzialverwaltung, also einer kommunalen Behörde, die neben der eigentlichen staatlichen Verwaltungsbehörde steht und von ihr nur kontrolliert wird. Die Anstaltsdirektoren und Ärzte sind nicht Staatsbeamte, sondern als Provinzbeamte nur mittelbare Staatsbeamte (sie erhielten daher auch unter der früheren Regierung nicht den Titel Medizinalrat, sondern nur, wie jeder praktische Arzt, den Alterstitel Sanitätsrat). Diese eigenartigen preußischen Verhältnisse bedingen ein Abweichen unserer Vorschläge von den *Kolb*schen, besonders bezüglich der Einrichtung der Fachleitung und Fachaufsicht in der Irrenfürsorge und damit zusammenhängend auch der Einrichtungen für den Rechtsschutz der Geisteskranken (Punkt 4 und 3 von *Kolb*). Da bezüglich der Fachleitung und Fachaufsicht unsere Ansichten von denen *Kolbs* auch noch in anderer Beziehung wesentlich abweichen, soll dieser Punkt hier zunächst besprochen werden.

Es ist nach neuerlichen Äußerungen der preußischen Regierung anzunehmen, daß der oben erwähnte Dualismus in der preußischen Staatsverwaltung nicht aufgehoben, daß man ihn eher in der Art weiter ausbauen wird, daß man dem kommunalen Provinzialverwaltungskörper noch größere Selbständigkeit und Machtbefugnisse einräumt. Wir werden also damit zu rechnen haben, daß die öffentliche Irrenpflege Pflicht der Provinzialverwaltungen bleibt. Es wird daher nur natürlich sein, daß auch die Leitung und Aufsicht über das Irrenwesen maßgeblich in der Hand der Provinzen bleibt, deren Organe zu diesem Zweck mit der Machtbefugnis von Staatsbeamten ausgestattet werden müßten. Nur die oberste Leitung und Aufsichtsinstanz müßte einer direkten Staatsbehörde vorbehalten sein, dem betreffenden Ministerium für die Medizinalangelegenheiten, sei es dem Minister des

Innern oder einem neu begründeten Wohlfahrtsministerium. Nun sind wir ganz der Meinung *Kolb*s, daß die Vorteile der ärztlichen Fachaufsicht deren Nachteile bei weitem überwiegen. Wir halten es daher für angebracht, daß für alle Ämter oder Dezernate, denen das Irrenwesen untersteht, in jeder Instanz die irrenärztliche Fachleitung verlangt wird. Es gehört daher in das betreffende preußische Ministerium als Vorstand der Abteilung für Irrenfürsorge ein Psychiater, nennen wir ihn den Landespsychiater [1]; ihm seien sämtliche Beamte seines Ressorts unterstellt; er sei psychiatrisches Mitglied eines Obermedizinalausschusses für ganz Preußen, Referent des Staatsministeriums in allen Fragen der Irrenfürsorge und oberster psychiatrischer Begutachter, wie *Kolb* es vorschlägt. Er wird nicht imstande sein, alle preußischen Irrenanstalten jährlich regelmäßig zu besichtigen; es wird genügen, wenn er das Recht zu unvorhergesehenen Besichtigungen erhält und die Aufgabe, eine bestimmte Zahl von Provinzen im Laufe des Jahres zu revidieren. Das ist die oberste, rein staatliche Instanz. Die nächste ist die für jede einzelne Provinz im Bereich von deren Verwaltung. Und da hätte für Preußen eine der notwendigsten Reformen in bezug auf die Leitung der öffentlichen Irrenanstalten einzusetzen. Bisher gab es in der Provinzialverwaltung nur Juristen und Baubeamte als Dezernenten; das Dezernat über die Irrenanstalten verwaltet auch heute noch überall ein Landesrat, der Jurist ist. In einigen Provinzen gibt es einen Medizinalreferenten, der diesem zur Seite steht, meist ein Anstaltsdirektor, der als solcher in nebenamtlicher Stellung von der Zentralbehörde als sachverständiger Berater zugezogen wird, wenn es ihr paßt oder wenn sie gar nicht mehr aus und ein weiß. In manchen Provinzen gibt es solchen überhaupt nicht. Auch ist uns aus einer Provinz bekannt, daß da, wenn Landesdirektor und Landessyndikus nicht im Dienst waren, der Landesbaurat die Verfügungen über die Irrenanstalten als ältester Landesrat unterschrieb. Das muß natürlich in Zukunft unmöglich sein. Da gehört das Dezernat einem Irrenarzt, nennen wir ihn den Provinzpsychiater. Er leite die rein ärztlichen Angelegenheiten dieses Ressorts selbständig (so wie der Landesbaurat in seinem Fach); er habe Sitz und Stimme im Pro-

[1]) Diese Bezeichnungen und die folgenden sollen kein Titelvorschlag sein, sondern sind nur vorläufig des leichteren Verständnisses wegen gebraucht.



vinzialausschuß; er sei psychiatrisches Mitglied des Provinz-Medizinalkollegiums, oberster Fürsorger und Begutachter für alle psychiatrischen Fragen der Provinz. Ihm sind zu unterstellen alle öffentlichen Anstalten für Geisteskranke, Epileptiker, Schwachsinnige, Psychopathen, Trinker und Nervenkranke, letztere, soweit sie an geschlossene Anstalten angegliedert sind, ferner die Privatirrenanstalten, soweit der Staat die Aufsicht über diese ausübt, und das psychiatrische Fürsorgewesen. Er sei gehalten, alle Anstalten seiner Provinz, auch die Privatanstalten, als staatlicher Bevollmächtigter mindestens einmal im Jahre zu besichtigen. Er sei verpflichtet, mindestens zweimal im Jahre eine Konferenz sämtlicher Direktoren der Anstalten, die ihm unterstellt sind, und der Fürsorgepsychiater, von denen nachher die Rede sein wird, abzuhalten, wobei seinerseits wichtigere Fragen vor ihrer Erledigung zur Beratung vorzulegen wären, und die Direktoren und Fürsorgepsychiater ihrerseits Gelegenheit zu Anfragen und Anträgen erhalten.

Diese Instanz ist in dem *Kolb*schen Entwurf nicht vorhanden, ist aber bei der Größe des preußischen Staates und nach seiner Einteilung in Provinzen unbedingt nötig.

Nun käme die Stufe II des *Kolb*schen Entwurfes, der „Direktor und Kreispsychiater oder Kreisirrenarzt." *Kolb* will den Aufnahmebezirk einer jeden öffentlichen Irrenanstalt („Kreisanstalt") zu einem an die Anstalt anzugliedernden Fürsorgebezirk einrichten, einer Art Kreisamt für Irrenfürsorge. Der Gedanke ist neu und unseres Erachtens gut. Wir sind auch der Meinung, daß die Fürsorge für nicht direkt anstaltpflegebedürftige Geisteskranke, für die versuchsweise aus der Anstalt entlassenen, die in Familienpflege befindlichen Kranken, für die Trinker und Psychopathen, die sachverständige Überwachung der Gefängnisse und Arbeitshäuser in psychiatrischer Beziehung, die ärztliche Aufsicht über die Hilfsschulen und das Fürsorgeerziehungswesen, die Organisation der Aufklärung der Bevölkerung eines besonderen Ausbaues und einer besonderen ärztlichen Kraft bedarf. *Kolb* will nun alle diese Funktionen und noch einiges mehr in die Hand der bisherigen Direktoren der öffentlichen Irrenanstalten legen, sozusagen im Nebenamt; dafür sollen sie im eigentlichen Anstaltsdienst durch einen Oberarzt als stellvertretenden Direktor ausgiebig entlastet werden. Der Direktor soll aber in der Anstalt Dienstwohnung weiter haben,



er soll die Oberleitung der Anstalt weiter behalten, soll sogar berechtigt sein, in der Anstalt eine kleine Aufnahmestation selbst direkt zu leiten, mit den Ärzten der Irrenanstalt gemeinsame Konferenzen abhalten. Er soll einen Oberarzt für den Fürsorgedienst und nach Bedarf noch einen weiteren Arzt, einen akademischen Verwaltungsbeamten, Lehrer, Sekretär und ein Bureau unterstellt bekommen. Ja, was soll denn dieser „Direktor" eigentlich nicht tun und können?

Als vor 40—50 Jahren die Anstaltspsychiatrie in Deutschland großen Aufschwung nahm und überall neue, allerdings kleine Anstalten entstanden, da kamen viele Ärzte in ganz jungen Jahren in die Stellung eines Direktors. Sie hatten höchstens 2—3 ganz junge Assistenten neben sich, die recht oft wechselten. Da war der Direktor der einzige ruhende ärztliche Pol in der Anstalt. Ihm gab eine möglichst elastische Dienstanweisung alle Macht über die Anstalt und ihre Beamten, belastete ihn dafür aber auch mit aller Verantwortung. Eine herrliche Stellung für einen fleißigen und tatkräftigen Mann! Sie haben zweifellos ihre großen Verdienste um die deutschen Irrenanstalten erworben. Mit der Zeit nun mußten die alten Anstalten vergrößert und neue, größere Anstalten bis zu den Mammutanstalten der Neuzeit gebaut werden. Der Ärztestab nahm zu an Zahl und Alter; es wurden Stellen mit lebenslänglicher und pensionsfähiger Anstellung geschaffen. Die Stellung der Direktoren in ihrer Allgewalt, Arbeitslast und alleinigen Verantwortung für den ganzen Betrieb blieb aber bestehen, hat sich nur wenig der modernen Entwicklung der Anstalten auch in anderer Beziehung angepaßt. Das hat ja auch sein Gutes; der Direktor wird, ungehemmt durch eine genaue und ihn beschränkende Dienstanweisung, viel eher individualisieren, die Ärzte nach ihren persönlichen Fähigkeiten verwenden können. Aber das geschieht, auch beim besten Willen, immer nur nach subjektivem Ermessen; Willkür kann nicht ausgeschlossen werden. Und über ihm keine sachverständige Instanz, die das auszugleichen vermag! So kommt es, daß die Ärzte an den Anstalten in einer persönlichen Abhängigkeit stehen, wie kein anderer Beamter. Es ist daher kein Wunder, wenn oft gerade die tüchtigsten unter den jüngeren Ärzten nach kurzer Zeit dem Anstaltsdienst entsagen, weil er keine „Karriere" (die außerdem nach dem verlorenen Krieg und bei dem zahlenmäßigen Rückgange der Anstaltsinsassen noch schlechter werden wird) ist, ihnen nicht genug Freiheit und Selbständigkeit läßt und die Befürchtung erweckt, daß bei mangelndem Verantwortlichkeitsgefühl die Güte ihrer Arbeit und die Energie ihrer Persönlichkeit schwindet.

Kolb will daher ganz richtig die Selbständigkeit der Anstaltsärzte heben und sie in wichtigen Fragen heranziehen. Aber er will ihnen statt des einen bisher eben wegen seiner überragenden Stellung unbequem empfundenen Vorgesetzten deren zwei geben, nämlich den ein



wenig entlasteten Direktor und den stellvertretenden Direktor; zwei Vorgesetzte innerhalb desselben Betriebes! Dadurch wird die Selbständigkeit nicht erhöht, und das muß auch unbedingt zu Konflikten führen. Wer möchte da der sogenannte „stellvertretende Direktor" sein? Die Direktoren haben so schon übergenug zu tun, wenn sie ihre Stellung nach den bisherigen Vorschriften gewissenhaft ausfüllen wollen, und nun sollen sie statt einer wirklichen Entlastung und Einschränkung eine wesentliche Erweiterung ihrer Tätigkeit und Mehrbelastung erfahren. Man sehe sich doch einmal an, was sie alles tun sollen! Nein, so geht das nicht! Man lasse ruhig den Direktor einer Anstalt in seiner bisherigen Stellung, die schön umgrenzt und abgerundet ist und ihn auch bei Entlastung in persönlicher Verantwortung und Hebung der Selbständigkeit der Anstaltsärzte noch vollauf beschäftigen wird. Als Fürsorgearzt würde er auch besonders mit dem Mißtrauen des Volkes zu rechnen haben, mit dem nun einmal der Direktor einer jeden Anstalt ganz besonders verfolgt wird; hält man ihn doch vielfach für denjenigen, der unberechtigt „Gesunde" einsperre und behalte. Man schaffe die Stellung eines „Fürsorgepsychiaters" völlig neu und nehme dafür einen älteren Oberarzt aus jedem Anstaltsbezirk oder bei sehr eng liegenden kleineren Anstalten auf mehrere einen. Er wohne möglichst in der Anstalt seines Bezirks, habe dort eine besondere Kanzlei mit Personal; er führe die Fürsorgegeschäfte, die nach *Kolb* der Direktor der Anstalt im Nebenamt machen sollte, im Hauptamt und völlig selbständig, bei großen Bezirken mit Assistenz. Bei Fragen seiner Tätigkeit, die mit der Anstalt in Verbindung stehen, wie der Kontrolle der versuchsweise entlassenen Kranken, vielleicht auch der Familienpflege, die ihm zweckmäßig unterstellt würde, sei er berechtigt und gehalten, sich in gemeinsamer Konferenz mit Direktor und Anstaltsärzten zu verständigen Er unterstehe aber dienstlich direkt dem „Provinzpsychiater", ebenso wie der Anstaltsdirektor. Der besondere Oberarzt für den Außendienst (III b des *Kolb*schen Entwurfes) kann dann ganz fortfallen, seine Tätigkeit versieht der selbständige „Fürsorgepsychiater" mit. Die Vertretung der Direktoren in der Anstalt kann nach bisherigen Grundsätzen weiter geregelt bleiben.

Somit wäre das von uns für Preußen vorgeschlagene Schema folgendes:



1. Im Staatsministerium selbständige psychiatrische Abteilung, geleitet durch einen „Landespsychiater."

2. Im Landesdirektorium einer jeden Provinz ein selbständiger irrenärztlicher Dezernent für die Angelegenheiten der öffentlichen Anstalten für Geisteskranke, Epileptiker, Schwachsinnige und Trinker sowie für die Oberaufsicht über die entsprechenden Privatanstalten und die Aufsicht über das gesamte psychiatrische Fürsorgewesen der Provinz nach *Kolbs* Vorschlag. Ihm unterstehen daher:

3. a) Direktoren der öffentlichen Anstalten mit der diesen unterstellten Ärzteschaft,

b) „Fürsorgepsychiater" für den Bezirk jeder größeren Anstalt,

c) die Privatanstalten.

a und b sind dienstlich gleichgeordnet. Diese Einrichtungen werden sich in ihren Grundsätzen wohl sicher auch in anderen deutschen Bundesstaaten, eventuell sinngemäß geändert, anwenden lassen.

Entsprechend unsern Vorschlägen über Fachleitung und Fachaufsicht bedürften auch die „Irrenschutzgerichte"[1] *Kolbs*, deren Einrichtung und Aufgaben nach seinem Vorschlag wir nur billigen können, für Preußen wenigstens einer Änderung in ihrem Aufbau. *Kolb* will da nur 2 Instanzen, parallel den 2 Hauptinstanzen der Fachleitung. Für Preußen wären 3 Instanzen zu empfehlen. Die unterste (1.) wäre das Schutzgericht für jeden Anstaltsbezirk. Es bestehe aus einem Juristen als Vorsitzenden, dem Direktor der betreffenden Anstalt, dem zugehörigen „Fürsorgepsychiater" (dessen Beteiligung ist bei der Art seiner Tätigkeit wohl ohne weiteres verständlich) und 2 Laien, von denen mindestens einer am Orte der Anstalt wohnen muß. Die Rechte und Pflichten decken sich mit dem *Kolbschen* Entwurf. Die 2. Stufe (I. Berufungsinstanz) habe ihren Sitz am Orte der Provinzialverwaltung. Sie bestehe aus einem Juristen (Oberlandesgerichtsrat) als Vorsitzenden, dem „Provinzialpsychiater" und 1 Laien. (Das Verlangen von 3 Laienmitgliedern erscheint uns überflüssig, ihre Tätigkeit könnte auch ehrenamtlich geleistet werden.) Die 3. Stufe (II. Berufungsinstanz) ist im Gegensatz zu den bisherigen als rein staatlich gedacht. Sie sei dem Ministerium angegliedert, von dem das Gesundheitswesen des Staates verwaltet wird. Sie bestehe aus einem höheren

[1]) Bedürfen übrigens die Geisteskranken wirklich eines „Schutzes" vor den Anstalten? Warum nicht „Irrenfürsorgegerichte"?



Juristen als Vorsitzenden, dem Landespsychiater, einem weiteren höheren Richter oder Verwaltungsjuristen und 2 Laien. Die Rechte und Pflichten der 2. Stufe sind die des Landesschutzgerichts des *Kolb*schen Entwurfes. Unsere 3. Stufe sei lediglich Berufungsinstanz, aber mit dem Recht, in strittigen Fällen Besichtigungen und Revisionen von Anstalten mit verantwortlichen Vernehmungen vorzunehmen, fachärztliche Berichte und Gutachten sowie Obergutachten einzufordern.

Wir kommen jetzt zu den übrigen Punkten des *Kolb*schen Aufsatzes; zunächst Punkt 1 von *Kolb*: Die Frage der unentgeltlichen ärztlichen Behandlung der Geisteskranken im weitesten Sinne des Wortes. Diese Frage ist ja nicht so sehr eine rein psychiatrische als vielmehr eine nationalökonomisch-soziale. Natürlich werden die für viele nicht unbeträchtlichen Kosten der Anstaltsbehandlung manche „Selbstzahler" davon abhalten, ihre Kranken in die ärztlicherseits für notwendig angesehene Anstaltsbehandlung zu geben oder entsprechend lange darin zu belassen; aber dadurch, daß die Verpflegung der Geisteskranken nicht als Gebiet der „Armenpflege" angesehen wird, die ja früher sogar politische Nachteile für den Unterstützten mit sich brachte, wird die Scheu, diese Unterstützung anzunehmen, wohl ziemlich allgemein beseitigt werden.

In der Provinz Brandenburg kommt es wohl auch jetzt schon kaum vor, daß sich Angehörige lieber wirtschaftlich zugrunde richten, als ihre Kranken auf öffentliche Kosten verpflegen zu lassen; dies liegt an der Einrichtung, daß die nicht zahlungfähigen Kranken zunächst auf Kosten der Provinzialverwaltung verpflegt werden, und zwar so lange, als sie noch als heilbar im Sinne des Reglements (Revid. Reglement f. d. Landes-Irrenanstalten des Provinzialverbandes von Brandenburg § 11) anzusehen sind, d. h. solange „begründete Aussicht auf eine die Anstaltspflege in Zukunft dauernd entbehrlich machende Besserung besteht". Die Entscheidung hierüber liegt beim Landesdirektor nach Anhörung eines Anstaltsdirektors; in der Praxis wird diese Unheilbarkeits-Erklärung, außer in ganz aussichtslosen Fällen (vorgeschrittene Paralysen, Altersblödsinn u. ä.), wohl kaum vor dem 3. oder 4. Jahre der Anstaltsbehandlung abgegeben. (Es ist natürlich, daß diese verwaltungstechnische Unheilbarkeitserklärung bei später doch noch eintretender Heilung oder Besserung ohne Einfluß auf die Möglichkeit einer Entlassung ist.) Erst wenn diese Erklärung abgegeben ist, tritt der Ortsarmenverband oder Kreis (also niemals die einzelne kleine Heimatgemeinde) für die Pflegekosten ein, d. i. für den wirklichen Aufwand mit Ausschluß der allgemeinen Ver-



waltungskosten. Im Gegensatz dazu sind in den von Selbstzahlern zu zahlenden Pflegegeldern die allgemeinen Verwaltungskosten mit eingeschlossen. Es sind nun noch weiterhin in der Provinz Brandenburg Bestimmungen getroffen, wonach Stammvermögen und Einkünfte der auf öffentliche Kosten verpflegten Kranken weitgehend geschont und damit für eventuelle Angehörige oder Erben erhalten bleiben. Nicht nur für die einzelnen Ortsarmenverbände und Kreise übernimmt die Provinz die Kosten bis zur Unheilbarkeitserklärung, sondern auch den zur Zahlung verpflichteten „Selbstzahlern" kommt sie in weitestgehender Weise entgegen, durch teilweise oder volle Übernahme der Kosten; es bedarf dazu nur eines Antrages beim Landesdirektor unter Darlegung der Verhältnisse. Die Gewährung dieser Vergünstigung billigerer oder freier Verpflegung ist also nicht gebunden an eine bestimmte Anzahl vorhandener „Freistellen". Unter diesen Verhältnissen glauben wir nicht, daß — für die Provinz Brandenburg wenigstens — die Annahme Kolbs zutrifft, daß bei unentgeltlicher Verpflegung aller in der niedersten Klasse Verpflegten die Zahl der Anstaltsinsassen sich verdoppeln würde.

Uns erscheint eine Ermäßigung der Kosten nach der Art, wie sie in der Provinz Brandenburg eingerichtet ist, praktischer als eine allgemein eingeführte, staffelförmige Ermäßigung nach der Zahl der Verpflegungsjahre, wie sie *Kolb* vorschlägt. Die Entscheidung, wie weit die Ermäßigung zu gehen hat, ist durch die soziale Lage der Familie des Kranken bedingt und soll lieber der reinen Verwaltungsbehörde überlassen werden, als daß damit noch die Schutzgerichte belastet werden. Nur insofern scheint die Beteiligung des Psychiaters dabei wünschenswert, als von ihm eine gutachtliche Äußerung eingeholt wird, ob der betreffende Kranke voraussichtlich wieder aus der Anstalt entlassen werden kann, damit in solchen Fällen, wo Entlassung zu erwarten ist, ganz besonders dem Kranken Stammvermögen und Einkünfte nach Möglichkeit erhalten bleiben. Darin, daß Kranke, die nur aus Gründen des Gemeinwohls in der Anstalt behalten werden müssen, unentgeltlich verpflegt werden sollen, stimmen wir *Kolb* bei.

Den weiteren Ausführungen zu *Kolb*s Punkt 1, wo er sich über die Fürsorge für alle Geisteskranken im weitesten Sinne des Wortes unter Fachaufsicht eines besonderen Fürsorgearztes ausspricht, schließen wir uns im allgemeinen an, abgesehen von der Stellung des Fürsorgearztes zu den Anstalten und ihren Direktoren (s. o.); wir möchten dabei noch auf eines hinweisen, das ist die Unterbringung derjenigen Kranken, die nicht mehr direkter Anstaltsbehandlung in geschlossener Anstalt bedürfen, aber doch einer dauernden



fachärztlichen Beaufsichtigung und Leitung. Diese sollen, wie *Kolb* wünscht, ganz aus der Anstalt entlassen werden; unser Vorschlag geht dahin, diese, wie es wohl bisher schon vielfach geschieht, in freien Abteilungen, etwa auf den Gutshöfen oder in den Landhäusern der Anstalten, unterzubringen und somit äußerlich in der Anstalt zu belassen, soweit nicht Angehörige sie zu sich nehmen wollen. Man kann diesen Kranken in den offenen Abteilungen ja größere Freiheiten gewähren, je nach ihrer Art freien Ausgang, ein kleines Taschengeld u. ä.; auch könnten diese Kranken unentgeltlich oder billiger verpflegt werden, je nachdem, was sie im Betriebe der Anstalt für Leistungen verrichten, denn sie tragen doch durch ihre, wenn zum Teil auch nur geringe Arbeitsleistung mit zur Verbilligung des Anstaltsbetriebes bei. Mit Hilfe derartiger Arbeitskräfte unterhalten sich doch die Anstalten zum großen Teil selbst bezüglich Ernährung (Feld- und Viehwirtschaft, Küche), Kleidung usw. (Werkstättenbetrieb).

Wir halten es für falsch, derartige Kranke, wie es vielfach geschieht, in fremde Familienpflege zu geben, noch dazu gegen Zahlung von Pflegegeldern; denn sicher leistet ein großer Teil dieser Familienpfleglinge den Pflegern recht erhebliche Dienste, so daß von einer Pflege nicht nur nicht die Rede sein kann, sondern die Pfleger durch die Arbeit des Kranken und die gezahlten Pflegegelder doch ein recht gutes Geschäft machen, was sich jetzt im Kriege besonders zeigte, wo vielfach die Kranken fast alle Arbeit des im Felde befindlichen Wirtschafters nur unter Leitung der Hausfrau leisteten; sehr viele kleinere Wirtschaften ersparen dadurch die Ausgaben für einen Knecht oder eine Magd. Eine solche Familienpflege verdient eigentlich diesen Namen nicht, sie ist weniger im Interesse der Kranken als im Interesse der Pflegefamilien. Bei derartigen Kranken, die noch ein ganzes Teil leisten können, wenn auch unter einer gewissen Anleitung, sollten zum mindesten keine Pflegegelder bezahlt werden, sondern die Pflegefamilien sollten neben der Wohnung auch noch Kost und vielleicht ein kleines Taschengeld oder Kleidung, je nach Leistung des Kranken, als Gegenleistung geben; sie würden dabei wohl immer noch besser fahren, als wenn sie sich eine vollbezahlte Kraft halten müßten. Für wirkliche Pfleglinge, die keine nennenswerten Arbeiten mehr leisten können, wäre natürlich die bisherige Art der Familienpflege mit Zahlung von Kostgeld beizubehalten. Ganz falsch ist es, derartige Kranke als sogenannte „Kommunalkranke“, wie es in Berlin geschieht, an Privatanstalten zu geben, damit diese durch solche Kranke sich ihren Betrieb verbilligen. Sollte es für derartige Kranke in der Anstalt an Platz fehlen, so könnte dieser wohl meist geschaffen werden durch Erweiterung des landwirtschaftlichen Betriebes der Anstalt, indem vielleicht auch noch einzelne kleine Güter



in der Nähe der Anstalt erworben und dort die Kranken mit einigen Wärtern untergebracht werden; die ärztliche Versorgung, die dann doch nicht in täglichen Visiten zu bestehen braucht, kann von der Anstalt aus übernommen werden. Derartige kleine Anstaltsgüter würden sich wohl überall zum mindesten selbst erhalten, wenn nicht gar noch einen Gewinn abwerfen.

Zu Punkt 2, dem Vorschlag eines freiheitlicheren Ausbaues des Irrenwesens, weisen wir hier nochmals auf unsere grundsätzlich andere Auffassung in der Stellung des Fürsorgearztes zum Anstaltsdirektor hin, im übrigen schließen wir uns dem Programm *Kolbs* an, soweit nicht schon aus dem Vorhergehenden kleine Abweichungen sich ergeben. Sicher ist auch jetzt schon in sehr vielen Anstalten die Entlassung oder Beurlaubung von Kranken in freiheitlichem Sinne gehandhabt worden und wohl nur abhängig gewesen von der Auffassung des leitenden Arztes, bei dem doch die Entscheidung darüber tatsächlich liegt; denn wohl nur ausnahmsweise wird eine Behörde noch Widerspruch gegen Entlassung eines früher gemeingefährlichen Kranken erheben, wenn er vom Anstaltsleiter als nicht mehr gemeingefährlich begutachtet ist.

Bei uns werden häufig Kranke bis zu 4 Wochen besuchsweise zu ihren Angehörigen beurlaubt; im übrigen werden alle Kranken, ausgenommen die Landarmen ohne Unterstützungswohnsitz (aus verwaltungstechnischen Gründen), nicht definitiv entlassen, sondern zunächst für ein Jahr beurlaubt (ohne daß natürlich für diese Zeit irgendwelche Zahlungen zu leisten sind). Nach einem Jahre tritt dann automatisch die definitive Entlassung ein. Der Vorteil dieser Einrichtung liegt darin, daß für den Fall, daß sich innerhalb eines Jahres die Wiederaufnahme des Kranken notwendig macht, diese ohne Schwierigkeiten erfolgen kann, nur auf Grund eines kurzen ärztlichen Zeugnisses. Leider fehlt uns aber noch die durch die Reform einzuführende fachärztliche Kontrolle über die so Beurlaubten, wodurch die Beurlaubungsmöglichkeit sicher noch vergrößert wird.

Nicht unwidersprochen möchten wir hier einen Satz *Kolbs* lassen: „Die öffentliche Irrenfürsorge betrachtete tatsächlich als ihre wichtigste Aufgabe den Schutz der Allgemeinheit gegenüber den Geisteskranken". Wir glauben doch, daß ein nicht unerheblicher Prozentsatz unserer Kranken in Anstaltsbehandlung sind um ihrer selbst willen; und ist auch leider die Zahl unserer geheilten Fälle nicht so erheblich,



so ist doch an den Anstalten, wo wir tätig gewesen sind, unsere Tätigkeit immer weit mehr eine ärztliche, eine behandelnde, vielleicht auch erzieherische an Kranken gewesen als eine rein verwahrende an asozialen Elementen. Diesen Standpunkt sollten wir Irrenärzte doch in erster Linie den Tatsachen entsprechend betonen, denn durch derartige Äußerungen wie die angeführte, aus dem Munde eines Psychiaters, wird das Mißtrauen gegen die Anstalten nur noch viel mehr gesteigert.

Auch den ähnlichen, das Ansehen der Irrenärzte schädigenden Äußerungen *Kolb*s, die er zu Punkt 5: Beseitigung der Vorrechte, welche Geburt und Geld bisher gaben, tut, möchten wir hier entgegentreten. Seine Worte: „Die dem Kranken zugewendete Sorgfalt darf unter allen Umständen nur abhängig sein von der objektiven Hilfsbedürftigkeit, nicht von der Höhe des Verpflegungsgeldes“ könnten sehr leicht in der Weise mißdeutet werden, als wenn bisher weniger zahlende Kranke etwa bezüglich der Sorgfalt der ärztlichen Behandlung vernachlässigt worden wären. Wir glauben, man kann zur Ehre der deutschen Irrenärzte sagen, daß so etwas — in öffentlichen Anstalten wenigstens — nicht vorkommt; und auch Privatanstalten werden sich wohl gegen die Möglichkeit dieser Auffassung wehren.

Zu Punkt 5 c sagt *Kolb*: „Bisher ist den bemittelten Kreisen in größerem Umfange die Möglichkeit geboten, sich bei Konflikten mit dem Strafgesetzbuch fachärztliche Begutachtung zu sichern.“ Diesen Satz müssen wir entschieden als nicht richtig zurückweisen; er klingt ja beinahe so, als wolle *Kolb* die Unparteilichkeit des Sachverständigen gegenüber dem größeren Geldbeutel in Frage stellen.

Wir glauben, daß eine genaue Zusammenstellung aller gerichtlichen Begutachtungen die Haltlosigkeit dieser Behauptung ergeben wird. Wenn ein fernstehender Laie solche Ansichten äußerte, wäre es nicht zu verwundern, denn dieser hat ja keine Ahnung davon, wieviele Verbrecher überhaupt psychiatrisch begutachtet werden, er achtet doch im allgemeinen nur auf die Sensationsprozesse, und bei Verbrechen von Angehörigen der oberen Kreise ist eben jeder Prozeß ein Sensationsprozeß. Und wenn sich schon bei einer Zusammenstellung wie oben ein verhältnismäßiger Unterschied zugunsten der Verbrecher aus den Oberschichten herausstellt, so muß man doch bedenken, daß ein gebildeter Mensch im allgemeinen viel mehr Hemmungen zu überwinden hat als ein ungebildeter ehe er ein Verbrechen begeht, und daß ein Versagen dieser angeborenen



und anerzogenen Hemmungen den Verdacht geistiger Abnormität von vornherein begründet erscheinen läßt. Wir glauben, daß auch heute schon kaum ein Gericht den Antrag eines Verbrechers, auch des ärmsten, auf psychiatrische Begutachtung, wenn er nur einigermaßen begründet ist, außer acht lassen wird.

Gewiß werden zurzeit manche Kranke aus Mangel eines diesbezüglichen Antrages von ihnen selbst und aus Sachunkenntnis des Gerichts verurteilt, ohne psychiatrisch begutachtet zu sein, was durch die von *Kolb* geforderte Fachaufsicht durch den Fürsorgearzt über die außerhalb der Anstalt befindlichen Kranken zum großen Teil verhindert werden kann.

Sachlich haben wir sonst noch zu *Kolb*s Punkt 5 folgendes zu bemerken: Die Möglichkeit, unbemittelte Kranke in höherer Verpflegungsklasse zu verpflegen, wenn es ärztlicherseits für wünschenswert gehalten wird, muß gegeben sein; diese Einrichtung besteht bereits in der Provinz Brandenburg.

Die höheren Verpflegungsklassen in den öffentlichen Anstalten ganz abzuschaffen, erscheint uns nicht geboten, nur müßten die Kosten dafür vielleicht noch erhöht werden, so daß die betreffenden Selbstzahler die wirklichen Mehrkosten für die bessere Verpflegung, Unterbringung und besonderes Pflegepersonal auch voll und ganz bezahlen. Ebenso kann man wohl mit *Kolb* den Abbau aller Privatanstalten nicht befürworten. Man muß ja doch schließlich jedermann die Möglichkeit lassen, sich so gut zu verpflegen und zu kleiden, wie er will und kann; höchstens wäre vielleicht eine Bestimmung darüber in Betracht zu ziehen, ob für verblödete Kranke, die für Umgebung mit Luxus und dergleichen keinerlei Verständnis haben, unnötig teure Unterbringung in Privatanstalten im volkswirtschaftlichen Interesse verboten werden solle. Jedenfalls müßte die Einrichtung der Abgabe von „Kommunalkranken" an Privatanstalten (s. o.) abgeschafft werden; die Privatanstalten sollen sich durch die selbst zahlenden Patienten selbst erhalten.

Der weitere Ausbau von höheren Verpflegungsklassen in den öffentlichen Anstalten wäre vielleicht noch anzustreben; einmal deshalb, weil hier, selbst bei Erhöhung der Pflegegelder, doch noch immer die Kosten niedriger sein würden als in Privatanstalten, und somit manchem, z. B. Angehörigen des Mittelstandes (Beamten usw.), die Möglichkeit gegeben wäre, in dieser Klasse sich verpflegen zu lassen; dann weil so auch von der Verpflegung in höherer Klasse aus ärztlichen Gründen (s. o.) mehr Gebrauch gemacht werden könnte; und drittens,



weil gegen die Privatanstalten nun einmal doch im großen Publikum vielfach ein gewisses Mißtrauen besteht. Den Standpunkt, wie er in Berlin eingenommen wird, daß an den öffentlichen Anstalten überhaupt keine höheren Verpflegungsklassen eingerichtet sind, und somit alle, die mehr für ihre Unterbringung anwenden wollen und können, auf die Privatanstalten angewiesen sind, finden wir nicht richtig.

Bezüglich der Unterstellung der Privatanstalten unter Kontrolle des „Provinzialpsychiaters" und der entsprechenden Schutzgerichte stimmen wir *Kolb* vollkommen bei.

Punkt 6: Zuziehung des Personals zur Regelung gewisser dienstlicher Fragen, entspricht ja vollkommen der neuen Zeit. Besonders müßte die Stellung der Anstaltsärzte selbständiger gemacht werden, dabei ihnen eine größere Verantwortung gegeben werden nach innen und nach außen. Die alten Zeiten, wo an der kleinen Anstalt eigentlich nur ein Direktor und mehrere jüngere Assistenten waren, sind doch vorüber, die Zahl der Ärzte mit 6—10 und mehr Dienstjahren überwiegt wohl in den meisten Anstalten die Zahl junger Assistenten; die Dienststellung der Ärzte ist aber wohl kaum dementsprechend neu geregelt. Hier auf Einzelheiten einzugehen ist nicht möglich [1]); vielleicht wäre diese Frage einer Kommission zur Bearbeitung zu übergeben, die durch Vertretung aller beamteten Anstaltsärzte und Direktoren zu wählen wäre, also etwa durch einen neu zu bildenden Wirtschaftsverband aller deutschen beamteten Irrenärzte [2]).

Bei Punkt 7 behandelt *Kolb* die Einführung des Achtstundentages beim Pflegepersonal. Daß eine Herabsetzung der Arbeitszeit vom Pflegepersonal wohl überall mit Recht gefordert wurde, muß man ohne weiteres zugeben, denn vielfach waren die Anforderungen an das Pflegepersonal als direkt unsozial anzusehen. Dies berechtigt aber noch nicht zur Forderung des Achtstundendienstes. Das wichtigste Argument, das dem entgegenzuhalten ist, ist die Tatsache, daß es sich bei dem Pflegedienst meist nicht um eine achtstündige Arbeit, sondern nur um achtstündige An-

[1]) Über die Dienststellung der Anstaltsärzte an den Berliner Anstalten berichtet ja neuerdings *Wauschkuhn*-Buch in der Psych.-neurol. Wschr. Nr. 17/18. Seine Reformvorschläge können sehr wohl als allgemeine Grundlage angenommen werden.

[2]) s. a. Psych.-neurol. Wschr. 1919, Nr. 17/18 und 27/28.



wesenheit handeln würde. Dies hebt *Kolb* unseres Erachtens nicht scharf genug hervor; ob die Herabminderung der Arbeitzeit verhältnismäßig größer als beim Arbeiter sein würde, und ob in andern Ländern der Achtstundenbetrieb in Irrenanstalten eingeführt ist, das ist gleichgültig. Ein gewisser Schichtwechsel würde wohl auf jeden Fall einzuführen sein und ist unseres Erachtens auch nicht so furchtbar schlimm bei geschultem und zuverlässigem Personal; dauernd das gleiche Personal bei den Kranken zu lassen, ist ja sowieso nicht möglich. Die Anschauung *Kolb*s, daß er mit einem zu 75% ungeschulten Pflegepersonal, das alle paar Jahre wechselt, eher die Verantwortung für den Anstaltsbetrieb übernehmen würde als mit geschultem Personal bei Schichtwechsel, vermögen wir aber nicht zu teilen. Dies ist unseres Erachtens einmal ein ganz unsozialer Verbrauch von Menschenkräften, dann aber schädigt es doch auch die Interessen des Kranken und der Anstalten; denn sehr bald werden sich für einen derartigen Beruf, wo sie in einigen Jahren verbraucht und dann entlassen werden sollen, nur noch minderwertige Elemente bereit finden. Im Gegenteil stehen wir auf dem Standpunkte, durch Schaffung guter sozialer Bedingungen für die Pfleger (besonders Wohnungen mit kleinem Feld oder Garten) den Pflegerberuf aussichtsreich zu machen und dadurch zu heben. Gewiß verkennen wir nicht die großen Erfordernisse an Mehrkosten, die die Herabsetzung der Dienstzeit und die damit notwendige Vermehrung des Pflegepersonals bedingen, sind aber der Ansicht, daß sich die Irrenfürsorge diesen jetzt nun einmal allgemeinen Forderungen nicht verschließen können wird. Wir glauben auch, daß sich in dieser Frage mit einem sichergestellten, beamteten Pflegepersonal leichter eine befriedigende Lösung finden lassen wird, als mit hergelaufenen Leuten, die von vornherein wissen, daß ihre Tätigkeit nur eine vorübergehende sein soll.

Bezüglich des Punktes 8, der Forderung einer Aufklärung des Publikums über Wesen und Ziele der Irrenpflege und über Geisteskrankheiten überhaupt, sowie bezüglich der Organisation dieses Aufklärungsdienstes stimmen wir *Kolb* bei. Vielleicht kann für diese Zwecke eine Lichtbildverleihstelle geschaffen und dafür geeignete Bilder von manchen Anstalten zur Verfügung gestellt werden, in der Art, wie sie in der Münchner Klinik vorhanden sind und beim klinischen Unterricht gezeigt werden.



Wir sind in vorstehenden Ausführungen nicht auf alle Einzelheiten des *Kolb*schen Vorschläge genauer eingegangen, insonderheit nicht auf diejenigen, in welchen wir ihm mehr oder weniger zustimmen; uns lag nur daran, ausgehend von preußischen, speziell brandenburgischen Verhältnissen, zu den Reformvorschlägen Stellung zu nehmen und einzelne, uns wesentlich erscheinende Abweichungen unserer Ansicht festzulegen.

Kleinere Mitteilungen.

Dr. *Friedrich Rohde* †. — Am 4. Mai starb mein früherer Schüler Dr. *Friedrich Rohde*, Leiter der Kuranstalt Königsbrunn in Sachsen. Es ist mir ein Bedürfnis, diesem trefflichen Manne, der sein ganzes Leben in den Dienst wissenschaftlicher und praktischer Arbeit auf dem Gebiete der Psychiatrie und Neuropathologie gestellt hat, einige Worte treuen Gedenkens nachzusenden.

Er, 1857 in Petersburg geboren, absolvierte seine medizinischen Studien an der Universität Dorpat, war zwei Jahre Assistent bei *Emminghaus* an der psychiatrischen Klinik und kam dann zu seiner weiteren spezialärztlichen Ausbildung nach Jena. Hier arbeitete er an meiner Klinik. Ich war damals mit der Ausarbeitung meines Lehrbuches der Neurasthenie beschäftigt. Bei der Durcharbeitung meiner Krankengeschichten, die als Grundlage der klinischen Darstellung dienten, half er mir treulich; ich zog ihn auch zu den literarischen Vorarbeiten bei der Herbeischaffung und Bewältigung des reichen biologischen Materials zur Vererbungsfrage heran. Als Nebenfrucht dieser Studien entstand seine Monographie „Über den gegenwärtigen Stand der Frage nach der Entstehung und Vererbung individueller Eigenschaften und Krankheiten", der ich ein Vorwort beigegeben habe (G. Fischer, 1895). *Rohde* siedelte dann (1896) nach Gießen an die psychiatrische und Nervenklinik als Assistent über und hat dort unter *Sommer* sich weiter ausgebildet und seine wissenschaftlichen Arbeiten fortgesetzt. Im Jahre 1900 übernahm er die Kuranstalt Königsbrunn, die unter seiner Leitung emporblühte Der Tod hat seiner segensreichen Wirksamkeit ein Ende gesetzt.

Unter seinen Arbeiten hebe ich hervor: „Über die polyneuritischen Psychosen", „Über puerperale Psychosen", „Über Verwirrtheit", den praktisch wertvollen Aufsatz „Die psychiatrischen Aufgaben bei der Behandlung Nervenkranker in offenen Heilstätten", sowie 2 Vorträge „Das Vererbungsproblem der Neuro- und Psychopathologie" (1907) und „Über Vererbungsprobleme in der Medizin".

Was mir an *Rohde* so wertvoll war, das ist neben seinen trefflichen, menschlichen Eigenschaften sein unermüdlicher wissenschaftlicher Eifer, der selbst in angestrengtester praktischer Berufsarbeit niemals erlahmte. Ehre seinem Andenken! *Otto Binswanger*-Jena.



Nekrolog *Albert Behr*. Zu den vielen traurigen Nachrichten aus dem Baltenlande kommt jetzt auch die Kunde, daß Dr. *Albert Behr*, der Direktor der livländischen Landesheilanstalt für Geisteskranke in Stackeln am 18. Mai 1919 in Gefangenschaft der Bolschewisten gestorben ist. Mit *A. Behr* sinkt ein feinsinniger Gelehrter, ein unermüdlicher tatkräftiger Organisator vorzeitig ins Grab. Sein Lebenswerk war von viel Mühe, Kampf und Tragik umlagert.

Albert Behr wurde am 15. November 1860 in Mitau geboren. Sein Vater war nicht nur als praktischer Arzt, sondern als vielseitiger Gelehrter, man kann sagen als Polyhistor, in weiten Kreisen bekannt. Vielfach hat dieser auf Wesen und Wirken des Sohnes richtunggebend eingewirkt. *A. Behr* erhielt seine Gymnasialbildung in Mitau, Birkenruh und Fellin. Er widmete sich dann 1882 in Dorpat dem Studium der Medizin, welches er 1889 beendete. In jenen Jahren war *E. Kraepelin* als ord. Professor der Psychiatrie nach Dorpat berufen worden. *Kraepelins* klinische Vorstellungen und Vorträge, die von ihm neu begründete Poliklinik für Nervenkranke und das neue Laboratorium für experimentelle Psychologie übten eine mächtige Anziehungskraft auf die vorgerückteren Medizinstudierenden aus, und bald hatte sich ein Kreis tüchtiger Assistenten um den in seiner Bedeutung erkannten jugendlichen Lehrer geschlossen. Zu ihnen gehörte auch *Behr*, dem die Betätigung auf psychiatrischem Gebiet nun Lebensziel wurde. In *Kraepelins* gastfreiem Hause bin ich bei einem Besuch in Dorpat *Behr* zuerst begegnet. Er wirkte im Verkehr schnell anziehend durch seinen glühenden Idealismus, und man mußte ihn lieb gewinnen wegen der richtigen Mischung von Bescheidenheit und Mut, die seinem Wesen einen besonderen Zug aufprägte. Die geringe Zahl der psychiatrischen Krankenhäuser im Baltenlande ermöglichte es *Behr* zunächst nicht, eine dauernde Anstaltsanstellung zu finden. So ließ er sich 1891, nachdem er, von *Kraepelin* angeregt, eine Dissertation „Über die Frage der Katatonie" (Riga, Häcker, 1891) geschrieben hatte, in Riga als Spezialarzt für Nervenkrankheiten nieder. Hier fand er besonders in dem großen Arbeiterviertel, der volkreichen Moskauer Vorstadt, eine umfassende Tätigkeit als Nervenarzt und Psychiater. Da die Rigaer Irrenanstalten überfüllt waren, mußte *Behr* vielfach Geisteskranke unter den dürftigsten äußeren Verhältnissen im Hause behandeln. Hier kam sein humaner Sinn, seine Energie, sein Erfindungstalent so recht zur Geltung. „Man darf die Schwierigkeiten der häuslichen Behandlung unruhiger Geisteskranker nicht unterschätzen, aber man soll sie auch nicht überschätzen .. gerade in den Schichten der ärmeren Bevölkerung überzeugt man sich, mit wie kleinen Mitteln man wirken kann, wenn man will und der Sache ein Interesse entgegenträgt" sagte er nachher in einem Vortrage „über die Behandlung unruhiger Geisteskranker außerhalb der Irrenanstalt" (St. Petersb. med. Wschr. 1896, Nr. 44). Obgleich die praktische Tätigkeit *Behr* unter diesen Verhältnissen in besonderem Maße in Anspruch

nahm, fand er doch Zeit zu eifrigen literarischen Studien und produktiver Verarbeitung seiner Erfahrungen. Ein phänomenales Gedächtnis kam ihm bei seinen Arbeiten zu Hilfe. Im deutschen Verein praktischer Ärzte zu Riga und auf den Livländischen Ärztetagen wurden seine sorgfältig vorbereiteten und formvollendeten Vorträge gern gehört (so über die schriftstellerische Tätigkeit im Verlauf der Paranoia. Volkm. Samml. Nr. 134; über Hysterie im Anschluß an Leuchtgaseinatmung. Wien. med. Wschr. 1896; über Erinnerungsfälschungen und pathologische Traumzustände. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 56; über den Glauben an die Besessenheit, ebenda Bd. 63, und viele andere meist in der deutschen St. Petersburger med. Wschr. erschienen). Besonderes Interesse wandte *Behr* der dringend des Ausbaues bedürftigen Irrenfürsorge in den ländlichen Bezirken Livlands zu und suchte, da eine größere Anstalt zunächst nicht gebaut werden konnte, kleinere Asyle ins Leben zu rufen, bemühte sich auch um die Ausbildung geeigneten Pflegepersonals. Als dann die livländische Ritterschaft sich des Notstandes annahm und eine Landesheilanstalt zu erbauen beschloß, wurde *Behr* zum Direktor ernannt (Oktober 1903). *Behr* war der richtige Mann, um bei der Förderung des Werkes jene sich dort immer wieder auftürmenden Widerstände und Hindernisse zu überwinden, von welchen wir uns in den Kulturverhältnissen Westeuropas kaum eine Vorstellung machen können. Eine Studienreise zur Aufstellung des Bauprogramms führte ihn zunächst nach Deutschland und Österreich. Auch in Treptow durfte ich ihn begrüßen, und er verweilte hier mehrere Wochen, um Betrieb und Verwaltung von Grund aus kennenzulernen.

Es war eine schwierige Aufgabe, an welche *Behr* herantrat. Lettische und estnische Geisteskranke sollten in einer Anstalt vereinigt werden. Die livländische Ritterschaft hatte deshalb zum Baugelände für die Anstalt die waldige Gegend von Stackeln, unweit der sogenannten „Sprachgrenze" gewählt, größere Städte lagen dadurch fern. Alle bautechnischen Fragen waren hier nur mit gewissen Schwierigkeiten zu lösen. Im Winter fehlte es an Zufuhren und Lebensmitteln; überaus groß waren die Schwierigkeiten, das geeignete Pflege- und Beamtenpersonal für die Kranken zu beschaffen. Am 28. Januar 1907 wurde die Anstalt eröffnet, zu einer Zeit, wo sich die Nachwirkungen der lettischen Revolution noch geltend machten. Unter der lettischen und estnischen Landvevölkerung, welcher die Anstalt dienen sollte, herrschten noch die größten Vorurteile in psychiatrischen Dingen. Kranke müßten mit Medizin behandelt werden, nicht mit Arbeit, auch nicht mit Bädern — so hieß es, als *Behr* mit Entschiedenheit die freie Behandlung, die Bäder- und Arbeitstherapie bei seinen Kranken durchzuführen suchte. Bald sah er sich Streiks unter seinem Personal gegenüber, und die örtliche sozialdemokratische Presse bekämpfte seine therapeutischen Bestrebungen mit heftigen Angriffen. *Behr* „sauge den Schweiß aus den Poren der unglücklichen Menschen", schrieb ein Blatt.



Er ließ sich nicht irre machen, und es gelang ihm, die Widerstände zu besiegen. Bald führte er die weibliche Pflege auf den Männerstationen ein und zeigte, daß die Pflege geisteskranker Männer durch weibliche Kräfte auch unter ungünstigen äußeren Bedingungen nicht nur möglich ist, sondern durchaus Ersprießliches leistet (vgl. seine Mitteilung in der Psych. neurol. Wschr. 1910, Nr. 41). Für die bewegungsarmen katatonischen Kranken richtete *Behr* einen systematischen Turnunterricht an heilgymnastischen Apparaten ein (auch hierüber Mitteilung in der Psych.-neurol. Wschr.). Allmählich gewann seine Arbeit immer mehr Vertrauen und Anerkennung. Die Anstalt Stackeln wuchs, die Arbeitstherapie wurde vielseitig ausgestaltet, eine landwirtschaftliche Kolonie angekauft, es kamen leitende Persönlichkeiten aus dem weiten russischen Reich, um die Anstalt zu sehen, *Behr* wurde als Sachverständiger bei größeren Anstaltsbauplänen hinzugezogen. Da brach der Weltkrieg herein, und nun mußte *Behr* fast ohne jede weitere ärztliche Hilfe die Anstalt weiterführen. Seit 1917 geriet sie unter die Herrschaft der Bolschewisten. Dreimal wurde *Behr* von „Räten" seines Personals von seinem Amt als Direktor abgesetzt, aber auch jedesmal wieder eingesetzt. Er blieb auf seinem Posten, weil er die Anstalt durch sein Weggehen nicht dem völligen Ruin aussetzen wollte. Als 1917/18 die Befreiung Livlands durch die deutschen Truppen erfolgte, begann auch für Stackeln eine Zeit der Erholung und der Hoffnung. Sie war, wie wir alle wissen, von nur zu kurzer Dauer. — Januar bis März 1919 lag die Anstalt geradezu zwischen der Front der Bolschewisten und der Esten. *Behr* verschmähte es, sich in Sicherheit zu bringen; er wollte seine Anstalt und seine Kranken nicht verlassen. Als dann die lettischen Bolschewisten abzogen, führten sie ihn, seine Gattin und drei Söhne als Gefangene mit sich fort. Von seiner Familie wurde er getrennt.

Als das Augustheft 1919 dieser Zeitschrift *Behrs* Freunde durch eine neue Arbeit aus seiner Feder erfreute, weilte er bereits nicht mehr unter den Lebenden. Bald darauf erreichte uns die Nachricht, daß er bereits am 18. Mai 1919 im Gefängnis zu Smilten i. Livl. dem Flecktyphus erlegen war.

So ist auch *A. Behr* ein Opfer des Weltkrieges und des Hasses gegen alles Deutsche in Livland geworden. Daß sein Lebenswerk, die Anstalt Stackeln, wieder in der alten Weise fortgeführt werden wird, ist kaum zu erwarten. Aber *Behrs* Persönlichkeit bleibt unvergessen als die eines Mannes von reinster humaner Gesinnung, dem die Psychiatrie sowohl in ihrer wissenschaftlichen Erfassung wie in ihrer praktischen Ausübung bis an sein Lebensende stets eine gradezu heilige Sache war. Ehre seinem Andenken. *A. Mercklin.*

In der am 28. Oktober abgehaltenen Jahresversammlung der Kaiser Wilhelm-Gesellschaft gab ihr Präsident *Adolf Harnack* u. a. davon Kenntnis, daß das (von Prof. *Vogt* geleitete) Institut für Hirnforschung



durch seine Verbindung mit einem städtischen Hospital seine Untersuchungen auszudehnen in der Lage sei; als weitere Aufgaben seien physiologisch-psychische Untersuchungen an Brieftauben und Hunden in Aussicht genommen.

Die Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie in München, Nußbaumstraße 7, bittet die Herren Autoren um Zusendung von Sonderabdrucken für ihre Bücherei.

Die „Sonderdruck-Zentrale" (Leitung Oberstabsarzt a. D. *Berger*, Berlin-Friedenau, Knausstr. 12) hat nach der Unterbrechung durch den Krieg ihre Tätigkeit im Rahmen der „Med. Vereinigung für Sonderdruckaustausch" wieder voll aufgenommen; ebendort die „Med.-literarische Zentralstelle" (Literaturzusammenstellungen für wissenschaftliche Zwecke, Übersetzungen usw.), in deren Leitung Herr Dr. *Max Henius*, Berlin, eingetreten ist.

Die nächste Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie soll am 27. und 28. Mai 1920 in Hamburg stattfinden.

Als Referate sind vorgesehen:

1. Inwieweit sind Änderungen im Betriebe der Anstalten notwendig geboten? Ref.: *Kolb*-Erlangen und *Falkenberg*-Buch.
2. Die Abnahme des Alkoholismus in ihrer Wirkung auf die Geisteskrankheiten. Ref.: *Wagner v. Jauregg*-Wien und *Peretti*-Grafenberg.

Ferner beabsichtigt der statistische Ausschuß, einen Vorschlag zur Änderung der Einteilung der Geisteskrankheiten für die Reichstatistik zur Besprechung zu bringen.

Als Vortrag ist angemeldet:

E. Stransky-Wien: Der seelische Wiederaufbau des deutschen Volkes und die Aufgaben der Psychiatrie dabei.

Anmeldung von weiteren Vorträgen erbeten an Geh. San.-R. Dr. *Hans Laehr*, Wernigerode, Sanatorium Salzbergtal.

Personalnachrichten.

Dr. *Felgner*, Geh. Med.-R., früher Dir. in Hochweitzschen, jetzt in Dresden, hat sein goldenes Doktor-Jubiläum gefeiert.

Dr. *Emil Sioli*, Geh. Med.-R., Prof. u. Dir. der psych. Klinik u. städt. Heilanstalt in Frankfurt a. M., ist in den Ruhestand getreten. Als sein Nachfolger hat



Dr. *Karl Kleist*, Prof. in Rostock, einen Ruf nach Frankfurt a. M. erhalten.
Dr. *Hugo Liepmann*, Prof. u. Geh. Med.-R., tritt von der Leitung der Berliner städt. Heilanstalt Herzberge zurück, um sich ganz wissenschaftlichen Arbeiten u. konsultativer Praxis zu widmen.
Dr. *Hans Berger*, Prof., ist als Nachfolger *Binswangers* zum o. Prof. u. Direktor der Jenaer Klinik,
Dr. *Wilhelm Strohmayer*, Prof., zum Oberarzt an derselben,
Dr. *Friedrich Lullies*, San.-R., bisher Oberarzt, zum Direktor d. Prov.-Anst. Kortau,
Dr. *Matthias Schmitz*, San.-R., bisher Oberarzt, zum Direktor d. Landesanst. Sorau,
Dr. *Peter Neu*, San.-R., Oberarzt in Galkhausen, zum Direktor des Landarmenhauses Trier,
Dr. *Joh. Dinter*, Dir. in Leubus, zum Dir. in Brieg,
Dr. *Friedrich Weifenbach*, Med.-R., Oberarzt in Goddelau, zum ärztl. Leiter d. Pflegeanstalt Eberstadt ernannt worden.
Dr. *Max Adelt*, Oberarzt, wurde von Lublinitz nach Lüben,
Dr. *Oskar Rein*, Oberarzt, von Görden nach Landsberg a. W. versetzt.
Dr. *Max Wassermeyer*, Priv.-Doz. in Bonn, ist nach Alsbach (Hessen) verzogen.
Dr. *E. Sträußler*, Prof. in Prag, hat die venia legendi für Psychiatrie erhalten.
Dr. *Georg Eisath*, Oberarzt in Hall, hat sich in Innsbruck für Psychiatrie u.
Dr. *August Fauser*, Geh. San.-R., Direktor des Bürgerhosp. in Stuttgart, an d. dortigen technischen Hochschule für Serologie habilitiert.
Dr. *Alfred Fuchs*, Priv.-Doz. in Wien,
Dr. *Joh. Schultz*, Priv.-Doz. in Jena, u.
Dr. *Georg Stertz*, Oberarzt an der Münchener Klinik, sind zu ao. Professoren,
Dr. *Wilhelm Alter*, Med.-Rat, Dir. in Lemgo, zum Geh. Regierungsrat ernannt worden.
Dr. *Georg Peritz*, Nervenarzt in Berlin, hat den Titel Professor erhalten.
Dr. *Otto Gerling*, Dir. d. Landeshospitals zu Haina,
Dr. *Otto Kieserling*, Anstaltsarzt in Lublinitz,
Dr. *Franz Nißl*, Prof. u. Geh. Hofrat, Leiter d. 1. histopath. Abt. d. Forschungsinstituts f. Psych. in München,
Dr. *Aug. Knoblauch*, Prof. u. Geh. Med.-R., Dir. d. neurol. Univ.-Poliklinik in Frankfurt a. M.,
Dr. *Friedrich Rohde*, Nervenarzt in Königsbrunn bei Königstein a. E.,
Dr. *Fritz Bauer*, Anstaltsarzt in Altscherbitz, sind gestorben.
Dr. *Aug. Tamburini*, Prof. u. Dir. d. psych. Klinik in Rom, Ehrenmitglied des Deutschen Vereins f. Psychiatrie, ist mit 71 Jahren gestorben.



ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

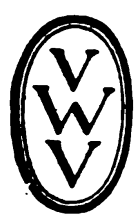
UNTER DER MITREDAKTION VON

DURCH

HANS LAEHR
ZEHLENDORF-WANNSEEBAHN, TELTOWER STR. 19

SECHSUNDSIEBZIGSTER BAND
ZWEITES HEFT

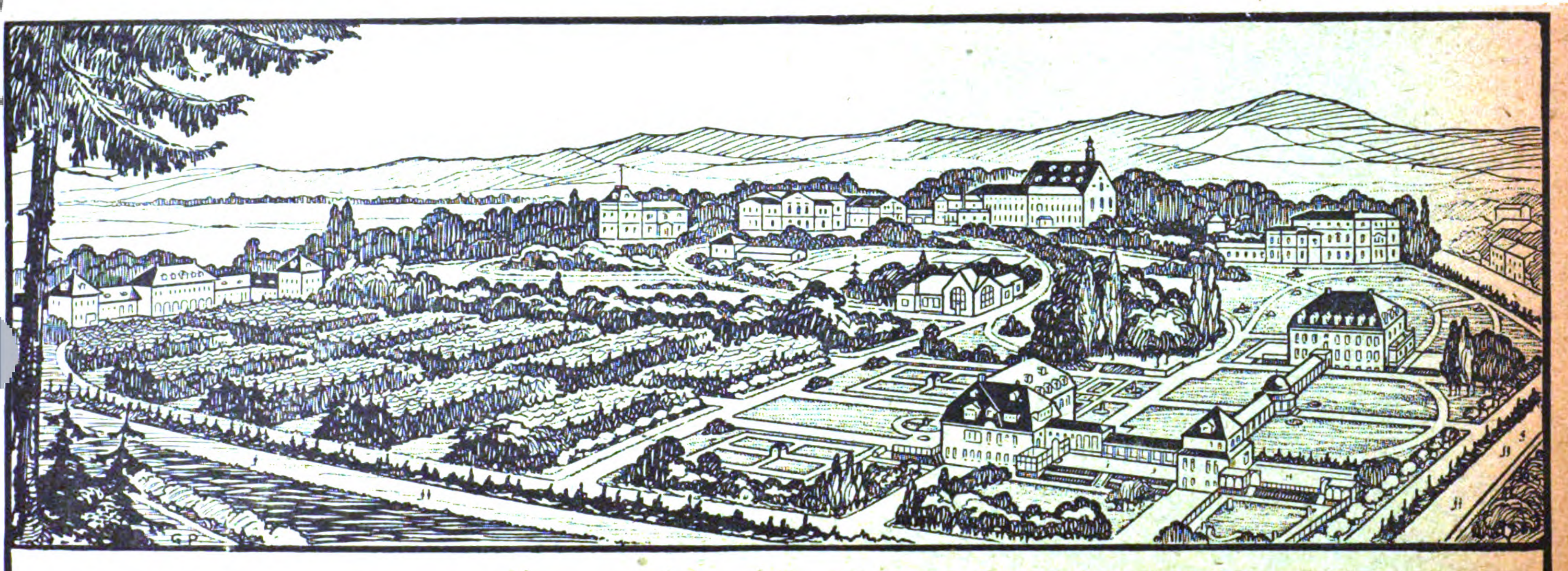
AUSGEGEBEN AM 27. APRIL



BERLIN UND LEIPZIG
VEREINIGUNG WISSENSCHAFTLICHER VERLEGER
WALTER DE GRUYTER & Co.
VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGS-BUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.
1920

Preis des Bandes von 8 Heften (6 Hefte Originalien und 2 Hefte Literaturbericht) 40 Mark.





Schizophrenie und psychologische Auffassungen. Zugleich ein Beispiel, wie wir in psychologischen Dingen aneinander vorbeireden.

Von E. Bleuler.

Der Psychologie und noch in höherem Maße der Psychopathologie fehlt es an allgemein angenommenen Begriffsabgrenzungen und einer Terminologie, die bei den verschiedenen Autoren das nämliche bedeuten würde, und, was das Schlimmste ist, die Grundauffassungen dessen, was psychisch ist, oder wie irgendein psychischer Mechanismus zu verstehen ist, sind von Schreiber zu Schreiber so verschieden, daß man sie nicht einmal in brauchbarer Weise nach bestimmten Klassen ordnen kann und z. B. alles das, was man als Assoziationspsychologie bezeichnet, unter sich viel verschiedener ist als manche philosophische Systeme, die man als ganz verschiedene Dinge auseinanderhält. So verlangt die Beurteilung einer psychologischen Vorstellung eines Andern in allererster Linie ein genaues Studium dieser Vorstellungen, und es ist eine der schwersten Aufgaben, ihn nicht mißzuverstehen und nicht eigene Anschauungen in die fremden hineinzulegen. Wir sind nun aber so weit, daß eine wirkliche Psychopathologie geschaffen werden könnte, wenn man sich nur verstünde und nicht ein großer Teil der Anstrengungen unnütz damit verpufft würde, daß man in scharfsinnigen Polemiken aneinander vorbeihaut. Viel fruchtbarer wäre es, das Gemeinsame der verschiedenen Beobachtungen und Erklärungen (und meinetwegen auch der Auffassungen) nach Möglichkeit herauszuheben, um sich daraus einen festen Grund zum Weiterbauen zu schaffen, und man sollte etwas mehr daran denken, daß es an den meisten Orten gleichgültig ist, welche der einzelnen Nuancen einer Grundvorstellung einer hat, ja



ob er Dualist oder Monist ist, solange man sich auf dem Boden der Tatsachen bewegt, und das letztere soll man eben so weit als möglich. Die Beobachtungen und ihre Zusammenhänge sind unabhängig von solchen Grundvorstellungen, und unsere wichtigste Arbeit sollte sein, Begriffe und Ausdrücke zu schaffen, die nichts von jenen subjektiven und unbewiesenen Grundanschauungen in die Beschreibung und möglichst wenig in die Beobachtung hineintragen. Dem einzelnen ist dies jetzt noch unmöglich schon deshalb, weil, wenn er es tut, der Leser, ohne es zu merken, die scheinbare Lücke mit eigenen Anschauungen ausfüllt und etwas ganz anderes herausliest, als geschrieben ist. Als Gegengewicht gegen solche Tendenz des Lesers muß man vorläufig eigene Grundvorstellungen hineinlegen. Denkt sich dieser aber nicht ganz in die fremden Anschauungen hinein, so ist die Folge Konfusion und bei Schriftstellern Verschwendung eigener und Anderer Zeit statt fruchtbarer Arbeit. Ich habe die unbescheidene Hoffnung, daß es etwas nutzen könnte, dies an einem Beispiel zu zeigen [1]. Außerdem hoffe ich, bei der Gelegenheit zur Klärung der Schizophreniefrage beizutragen, wenn ich auch die positiven Aufstellungen der Aktivitätspsychologie so weit unkritisiert lasse, als sie nicht direkt gegen meine Anschauungen verwendet werden, und das schon deshalb, weil ich sie bis jetzt nicht fertig denken kann. Sollte auch ich trotz dieser Vorsicht Einwendungen machen, die auf Mißverständnissen beruhen, so wäre das nur ein neuer Beweis, wie recht ich habe, vor Diskussionen dieser Art zu warnen

In einer Besprechung von „Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität, ihr Wesen, ihre Erscheinung und ihre Bedeutung als Grundstörung der Dementia praecox und der Hyperphrenien überhaupt“ (Leipzig und Wien, 1914) von *Berze* [2]) habe ich u. a. geschrieben: „Am wenigsten zufrieden aber bin ich mit der ausgiebigen Polemik gegen meine Auffassungen. Ich habe daraus nahezu nichts gewonnen als einen neuen Erfahrungsbeweis, wie sehr man im psychopathologischen Denken noch nebeneinander vorbeiredet. Hätte *Berze* mich verstanden, so hätte er wohl 9/10 seiner

[1]) Den Kollegen, den ich gerade herausgreife, bitte ich um Verzeihung; es würde mir ja nicht einfallen, gegen Dummheiten zu kämpfen; es lohnt sich nur, auf solche Mißverständnisse einzugehen, die Leuten mit Verstand und mit Verständnis begegnen.

[2]) Münch. med. Wschr. 1915, 848.

Bemerkungen unterlassen. Wir haben ganz verschiedene psychologische Elementarvorstellungen, und deshalb bezeichnen unsere Worte ganz verschiedene Begriffe. Das ist *Berze* zu wenig zum Bewußtsein gekommen; ich weiß ja, daß ich in meiner Schizophrenie nicht Platz hatte zu genügender Abgrenzung aller dort angewandten Vorstellungen, aber ich weiß auch noch, daß eine solche Abgrenzung zurzeit nicht viel nützte, denn auch da, wo ich mich deutlich aussprach, ist das von Vielen und so auch vom Verf. nicht berücksichtigt worden. Wir stehen in Wirklichkeit einander viel näher, als die Polemik *Berzes* vermuten läßt. Die Zurückführung des größten Teiles der Symptomatologie als einer sekundären auf eine primäre Grundstörung hat er mit mir gemeinsam, sie stellt ihn aber mit mir in Gegensatz zu manchem andern, z. B. zu *Kraepelin*. Ja das, was ich Komplexe nenne, wirkt bei ihm in ganz ähnlicher Weise auslösend und systematisierend wie bei mir. Auch die Aufstellung des primären Symptoms der Insuffizienz selbst bildet an sich wenigstens keinen Widerspruch mit meinen Anschauungen. Würde sie sich bewähren, so hätte ich nichts zu korrigieren, als in der Kausalkette hinter meiner Assoziationsstörung, wo ich zu meinem Bedauern eine Leere lassen mußte, diesen Begriff einzusetzen. Und eine Menge Detailvorstellungen, die *Berze* bei mir bekämpft, unterscheiden sich von den seinen nur in Nebensachen. Meine Absperrungen faßt er als „Bindungen" auf; die „Lebenswunde" mit ihren Wirkungen existiert auch bei ihm, nur wertet er sie anders; der Autismus hat bei ihm eine etwas andere Genese; den Negativismus möchte er enger fassen; ich möchte es auch tun, aber wir beide haben noch keine genügenden Grenzen für diese engere Fassung gefunden. Ich beobachte keine „Wahrnehmungsstörung"; *Berze* auch nicht, denn was er beobachtet und so nennt, ist etwas viel Zentraleres als was ich mit diesem Worte bezeichne, etwas, das ich natürlich auch kenne. Er streitet mit mir, ob diese oder jene Funktion zum „Bewußtsein" gehöre, übersieht aber, daß ich einen vollständig andern Begriff, den ich genau definiert habe, mit diesem Worte meine. Damit ist seine ganze Polemik gegen meinen Begriff des Unbewußten ein Schlag in die Luft. In Wirklichkeit existieren die Erscheinungen, welche ich (mit vielen andern) als unbewußte bezeichne, auch in *Berzes* Buch: Es gibt „Impressionen" und sogar innere Vorgänge, die momentan nicht erfaßt und damit nicht bewußt werden, aber später auf einem Umwege als Gedächtnisbilder zum Bewußtsein gebracht werden können; es gibt bei ihm auch die viel angefochtenen unbewußten Gefühle usw. An manchen Orten bekämpft *Berze* etwas, das ich gar nicht gesagt habe, oder er findet eine Übereinstimmung, wo sie in Wirklichkeit nicht ist. So sind z. B. Hemmung und Sperrung für mich wirklich prinzipiell verschiedene Dinge.

Nicht zum mindesten aber wird eine Verständigung verhindert durch das auch von *Berze* geteilte Mißverständnis, daß ich bei psychischen Anschauungen speziell für die Schizophrenie „appretierte" Begriffe verwende,



und daß er, was mir Schilderungen des Beobachteten sind, als „Annahmen" auffaßt (z. B. die schizophrene Assoziationsstörung). Bei den Meisten, die über solche Dinge schreiben, und so auch im vorliegenden Buche, sind zwischen Beobachtungen und Endvorstellungen klippenreiche logische Schlüsse und Hypothesen. Wenn wir einmal eine psychologische Sprache besitzen, mit der wir die Abgrenzung der Begriffe einander in brauchbarer Kürze verständlich machen können, wird es leicht zu zeigen sein, daß ich versucht habe, zu einem Verständnis der schizophrenen Mechanismen zu gelangen durch bloße Anwendung von sonst Bekanntem auf die spezielle Beobachtung.

Meine Warnung hat nichts genutzt, denn *Berze* schreibt wieder eine Polemik [1]), die seiner Meinung nach gegen mich gerichtet ist, in Wirklichkeit aber zu vier Fünfteln einen Popanz bekämpft, den er sich selber gemacht hat — wenigstens soweit die bekämpften Anschauungen in Verbindung mit meiner Person gebracht werden: nach seiner eigenen Aussage hat er ihn aus der Menagerie der Assoziationspsychologen geholt. Zu diesen, „den Anhängern des reinsten Assoziationismus" zählt mich nun *Berze* ohne weiteren Beweis. Ob mit Recht oder Unrecht, weiß ich nicht; ich kann nur sagen, daß ich entweder kein Assoziationspsychologe bin — was ich voraussetze —, oder die Assoziationspsychologen sagen nicht so viel Dummheiten, wie *Berze* berichtet, was ich nicht weiß.

Da hören wir, daß ich mit den Assoziationspsychologen nicht nur das Denken, sondern „alle ‚höheren' geistigen Vorgänge überhaupt einzig und allein auf Assoziationen zurückführe" (S. 123). Mir hat aber niemals etwas ferner gelegen als das; Beweis nebst vielen andern meine kleine Arbeit über Affektivität [2]).

Ich (*Bleuler*) „lehne die psychische Aktivität von vornherein ab", sagt *Berze* (135) [3]). Ich selbst habe bis jetzt das Gegenteil gemeint. An andern Stellen allerdings macht der Autor die Einschränkung, daß ich psychische Aktivität „im Sinne der aktionspsychologischen Richtung" (123) oder „im eigentlichen Sinne" (128 und 132) in Abrede stelle. Das mag sein, denn ich habe z. B. noch

[1]) Die Schizophrenie im Lichte der Assoziations- und in dem der Aktionspsychologie. Allg. Zschr. f. Psych. 1919, 123.

[2]) Affektivität, Suggestibilität, Paranoia. Marhold, Halle a. S. 1906.

[3]) Hier und an einigen andern Stellen ändere ich, um Druck zu sparen, die grammatische Form von in Anführungszeichen gesetzten Zitaten. Am Sinne ist nichts entstellt.

keine Beweise gefunden, daß alle psychische Energie der Rinde vom Stamme aus zufließe. Aber in der ganzen Arbeit *Berzes* sieht es so aus, wie wenn ich von psychischer Energie oder Aktivität überhaupt nichts wissen wollte, und das ist unrichtig. Denn wie jeder nicht Stockblinde kenne ich eine psychische Aktivität und Energie, die an den psychischen Funktionen ganz wesentlichen Anteil hat und mit den Assoziationen so wenig zu tun hat, als es eben einer psychischen Funktion möglich ist.

(126): „Der Assoziationismus führt alles Psychische auf die Empfindungen und nur darauf zurück.“ Da ich Direktor einer Heilanstalt und nicht Patient einer Pflegeanstalt bin, muß ich ernstlich bitten, eine solche kapitale Dummheit, die der Assoziationismus scheint's begeht, nicht mehr in Verbindung mit meinem Namen zu nennen. Das nämliche möchte ich sagen von dem an Inhalt und Wert gleichen Satz: „Die passiven Seiten des geistigen Lebens, d. i. die Summe der aus den Sinneseindrücken hervorgehenden ‚Assoziationen‘ sind für den Assoziationspsychologen das einzige Prinzip aller seelischen Vorgänge“ (135).

Eine ziemliche Mühe gibt sich *Berze*, meine lokalisatorischen Vorstellungen zu bekämpfen, die ich nicht nur nicht habe, sondern ausdrücklich ablehne: „anatomische Vorstellungen macht man sich am besten nicht“. Für mich ist der Assoziationsbegriff ein rein psychischer: ich sehe, daß bestimmte Psychismen mit großer Regelmäßigkeit nacheinander auftreten, und daß wir dieses Nacheinander z. B. beim Lernen benutzen können, und diese Verbindung nenne ich Assoziation, nichts anderes. (Daß der Assoziationsbegriff in mehrere Unterabteilungen zerfällt — Stiftung, Erhalten und Reproduktion der Verbindungen —, und daß es dabei Abstufungen von den einfachsten Formen wie Blitz — Donner zu den kompliziertesten im abstrakten Denken gibt, sei zur Vermeidung von Mißverständnissen erwähnt, hat aber für diese Diskussion direkt keine Bedeutung.) *Berze* (nicht ich) meint, der Assoziationsbegriff sei ein lokalisatorischer. Er hat ja selbstverständlich recht, wenn er erklärt, Lokalisation ergebe die Notwendigkeit der Assoziation; er hat aber unrecht, den Satz umzukehren. Wenn meine Gedanken von Wasser zu Dampf gehen, so liegt darin für mich keine Vorstellung von einem Zellenhaufen, in dem die Vorstellung Wasser sitzt, und einem andern, in dem die von Dampf

enthalten ist, wie das eingestrichene a in einer Orgelpfeife, und ebensowenig einer Funktion, die vom einen Haufen zu dem andern wandert. Meinetwegen können die beiden Aggregatvorstellungen nicht nur mit den nämlichen Neuronen, sondern mit den nämlichen Molekülen zusammenhängen, so wie das nämliche Geigenholz jeden Ton, das nämliche Elektron jede beliebige Lichtschwingung mitmachen und weitergeben kann. Wenn der Resonanzboden den Ton d auf den Ton c folgen läßt, so ist das zunächst eine Art Assoziation, die sich aber von den psychischen Assoziationen wesentlich dadurch unterscheidet, daß sie nicht mnemisch fixiert wird. Etwas anderes kann der Psychologe unter Assoziation nicht verstehen, solange er die ihnen zugrunde liegenden Hirnvorgänge nicht kennt [1]).

Am wenigsten Mißverständnisse gäbe es wohl, wenn man versuchen wollte, in psychologische Vorstellungen eines andern gar nichts hineinzulegen, wenn man nicht dazu gezwungen wird. Gerade meinen psychischen Arbeiten gegenüber wäre das vielleicht in einem ziemlichen Grade möglich und folglich auch angezeigt. Ich habe mich bis jetzt bemüht, selber nichts in die Dinge hineinzulegen, sondern nur das Beobachtete zu verwerten und nur da, wo es notwendig ist oder sich nahezu von selbst ergibt, die Tatsachen zusammenzufassen und eventuell die ihnen zunächst liegenden Schlüsse zu ziehen. Manchen werden allerdings andere Schlüsse zunächst zu liegen scheinen,

[1]) Wenn man, was zu unserem Thema gar nicht gehört, versuchen will, sich die Zusammenhänge der psychischen mit zerebralen Funktionen vorzustellen, so ist zunächst zu konstatieren, daß wir qualitative Unterschiede in den verschiedenen zentralnervösen Elementarvorgängen nur vermuten können; höchstens die von mir wie von *Berze* angenommene diffuse Ausbreitung der den psychischen Vorgängen entsprechenden Hirnfunktionen könnte die Notwendigkeit qualitativer Unterschiede begründen. Der nämliche „Zellenhaufen" könnte dann verschiedene „Vorstellungen produzieren" wie der nämliche Resonanzboden verschiedene Töne. Gegen einen vollen Ausschluß der Lokalisation der Vorstellungen spricht aber doch mit großem Gewicht der Umstand, daß der Kompliziertheit der psychischen Funktionen die Kompliziertheit des Zentralnervensystems parallel geht. Andernfalls könnte ja ein Klumpen Kolloidsubstanz genügen. Es werden also doch bestimmte Fasergruppen für bestimmte Funktionen abgestimmt sein müssen, oder es wird die Herkunft der Psychokymwelle von einem bestimmten (intrazerebralen) Lokal das bestimmen, was wir psychisch Qualität nennen.

aber, soweit ich geprüft habe, meist deshalb, weil sie, ohne es zu wissen, in die Anfangsgründe Vorstellungen hineingelegt haben, die sich nicht aus der Erfahrung ergeben.

Natürlich wird auch eine solche Psychologie nicht rein negativ. Wenn man z. B. bei Untersuchungen des logischen Denkens dazu kommt, nichts anderes zu finden als Reproduktion von Erfahrungsassoziationen, und sich aus diesen alle unsere Logik, die Begriffsbildung, die Abstraktion, die Kausalität und was weiter noch zum Denken gehört, rest- und zwanglos erklären läßt, so ergibt sich daraus von selbst die positive Vorstellung, daß unser ganzes logisches Denken eben nichts als Kombination der erworbenen Vorstellungen nach Analogie der Erfahrung sei; und es muß unnütz und schädlich erscheinen, solange kein besonderer Grund dazu gefunden ist, neue Entia in die Überlegungen einzuführen.

Es ist nun aber ganz unmöglich in Ausdrücken zu schreiben, die ganz neutral und frei von solchen positiven Vorstellungen sind. Ich halte es deshalb sehr oft für nötig, solche Auffassungen nebensächlich zu erwähnen. Der Leser ist dann, wie *Berze,* leicht geneigt, sich daran zu klammern statt an die Hauptsache, weil man sein Herz aus leicht verständlichen Gründen mehr an die Dinge knüpft, die aus dem Herzen stammen, statt an diejenigen, die man logisch trocken begründet.

Ich bin zufrieden mit dieser Psychologie, wenn ich sie auch immer wieder an den Tatsachen und den Meinungen anderer messe; denn sie hat mir in den 40 Jahren, da ich sie anwende, weder in der Pathologie noch beim normalen Menschen irgendeine unerwartete Lücke noch einen Widerspruch ergeben. Im Gegenteil waren von meinem Standpunkt aus neue Dinge, die andern als merkwürdig auffielen, ja die sie mit Emphase glaubten bekämpfen zu müssen, wie Suggestion, Hypnose, Psychotherapie u. a. m., ohne weiteres zu verstehen, ja zum größten Teil vorher schon als selbstverständliche Forderung abzuleiten. Die Auffassung hat mir erlaubt, von Anfang an die Tiefenpsychologie so zu verstehen, daß ich in fast zwei Jahrzehnten nichts von dem Angenommenen zu verwerfen und nichts von dem Abgelehnten aufzunehmen habe. Sie hat sich ferner z. B. bei der Betrachtung der Neurosen und Psychosen, dem Verständnis ihrer Mechanismen und der Unterscheidung von primär und sekundär und von psychisch und physisch als fruchtbarer erwiesen als alle andern Auffassungen. Sie hat aber bis jetzt wenig Berücksichtigung gefunden, zum Teil gewiß deshalb, weil sie nirgends ausführlich und im Zusammenhang dargestellt wurde [1], vor allem aber, weil die Leute, die sich schon eine Meinung

[1]) In meinem Lehrbuch der Psychiatrie konnte natürlich nur eine äußerst abgekürzte Zusammenfassung gegeben werden.



über „das Wesen“ unserer Psyche gebildet haben, sich meist als unfähig erweisen, eine neue Ansicht zu verstehen, so wie derjenige, der als Muttersprache Deutsch gelernt hat, kaum mehr zu einer ungemischten Aussprache einer andern Sprache kommen kann. Ich schließe das daraus, daß der intelligente Laie, der voraussetzungslos ist, sich leicht in meine Ansichten hineindenken kann.

Berze ist nun der Ansicht, die Erfahrungsassoziationen seien zum Denken, ja zur Begriffsbildung nicht genügend, und postuliert nicht aus der „sinnlichen Erfahrung“ stammende Ideen, ordnende Vorstellungen, Intentionsschemata, ordnende Regeln und ähnliches. Er hat aber einen viel engeren Begriff von der Assoziation als wir. Er kann sich nicht vorstellen, daß durch Assoziationen ein Gedankengang entstehe, denn „die den einzelnen Begriffen entsprechenden Assoziationskomplexe sind keineswegs sozusagen gegeneinander scharf abgegrenzte Entitäten, sind vielmehr in allen ihren Komponenten auch untereinander, wenn auch weniger solid, assoziiert, so daß buchstäblich — schon unter normalen Verhältnissen — alles mit allem verknüpft ist und somit ein beständiges Ineinanderfließen der die verschiedenen Begriffe repräsentierenden Vorstellungen möglich ist, soweit es nur auf die Assoziationen ankäme“ (126). Da vergißt der Autor etwas, was für andere in diesem Zusammenhange das Wesentliche ist: es ist ja selbstverständlich, daß in unserer Psyche schließlich alles mit allem verbunden ist; aber die Verbindung Blitz—Donner ist ungleich viel eingeübter als z. B. die Blitz—Pappschachtel. So kommt es, daß die erstere das Denken oft mitbestimmen hilft, die letztere bis jetzt wohl nie. Aber noch etwas viel Wichtigeres ist hier außer acht gelassen: es ist nicht richtig, daß, soweit es nur auf die Assoziationen ankäme, ein beständiges Ineinanderfließen aller Vorstellungen möglich wäre. *Berze* schreibt uns da einen Assoziationsbegriff zu, wie er vielleicht einmal von irgendeinem Schüler gedacht worden sein mag, aber doch wohl von keinem ernst zu nehmenden Menschen angewandt worden sein kann: Irgendein Begriff soll isoliert dastehen und einen andern auslösen. In Wirklichkeit läßt sich nicht einmal künstlich im Assoziationsexperiment, wo man darauf ausgeht, den Assoziationsvorgang so weit möglich zu vereinfachen, eine solche Isolierung hervorbringen. Es gibt doch eine Hierarchie von Zielvorstellungen und eine Konstellation, Dinge, die nie fehlen und nicht kompliziert genug vorgestellt werden können. Die Direktion der Assoziation wird nun nur

von dem ganzen Komplex bestimmt. Es gibt niemals eine Assoziation Wasser—Schwefelsäure, für die man ebensogut hätte setzen können: Wasser—Bier, oder —Berg oder —Turbine, sondern die Assoziation ist durch den ganzen Zusammenhang eindeutig bestimmt, bei Wasser—Schwefelsäure durch einen chemischen Gedankengang mit vielen Einzelheiten, die gerade an jene Säure erinnern, bei Bier durch einen Vorstellungskomplex, der sich mit Getränken beschäftigt, bei Berg durch landschaftliche oder geologische, bei Turbine durch mechanische Vorstellungsmassen usw. So meint *Berze*, „ein und dasselbe Erfahrungsmaterial, niedergelegt in ein und demselben Assoziationsmaterial, könne nach den verschiedensten Gesichtspunkten begrifflich geordnet werden" (125), und will damit die Unmöglichkeit der Begriffsbildung durch bloße Assoziation beweisen. Die Summe eines bestimmten Erfahrungsmaterials + einen Gesichtspunkt ist eben nicht gleich der Summe des nämlichen Erfahrungsmaterials + einen andern Gesichtspunkt. Wie bei allem psychischen, so ist auch bei der Begriffsbildung immer nur das Ganze, die Summe, bestimmend für die Wirkung, ganz wie „Wasser" + „Geographie" und einige andere geographische Elemente die Assoziation „Berg" bedingen kann, „Wasser" + „Chemie" und einige andere chemische Bestimmungen die Assoziation „Schwefelsäure". So ist das „Erlebnismaterial" für uns ein anderes gerade in dem Punkte, worauf es hier ankommt, je nachdem *Berze* es mit einer andern „Idee" zusammenbringt; er rechnet eben seine Idee nicht zum Erlebnismaterial und merkt nicht, daß wir es tun müssen.

Er meint allerdings, wir können das nicht; denn „es wäre ja ein Circulus vitiosus, wollte man Abkömmlinge des Assoziationsgetriebes anderseits wieder als treibende und ordnende Faktoren bei der Hervorrufung von Assoziationskomplexen hinstellen. Man kann sich nicht à la Münchhausen mit eigener Hand an seinem Zopfe aus dem Sumpfe, in den man geraten, ziehen".

Die Bemerkung ist ganz typisch. *Berze* setzt immer noch ein besonderes ordnendes Prinzip voraus, während wir aus der Ordnung, die uns die Erfahrung gibt, alles ableiten können und einen prinzipiellen Unterschied zwischen dem weniger verarbeiteten und dem mehr verarbeiteten Erfahrungsmaterial (rohes Erfahrungsmaterial, die Engramme von Sinneseindrücken werden überhaupt von der Psyche



nie verwendet) weder selbst gesehen noch von andern demonstriert bekommen haben und deshalb keinen Grund haben, noch etwas Neues anzunehmen.

Etwas bis jetzt nicht Erwähntes, das mitbestimmt, kennen wir allerdings ganz gut, die Affektivität, die Triebe. Wir lassen das vorläufig beiseite, weil sich die ganze Diskussion nur um die Logik des Denkens dreht, die direkt mit der Affektivität nichts zu tun hat; diese bestimmt im gewöhnlichen Denken u. a. allein oder mit andern Faktoren das Hauptziel; wenn sie Einfluß auf die Logik hat, so ist es ein fälschender. Es ist auch möglich, aber nach unseren bisherigen Erfahrungen nicht notwendig, daß eine außerhalb der Assoziation und der Logik liegende Tendenz existiere, das Nützliche und das Kausale mit Vorliebe zu denken.

Wir kennen also ordnende Ideen genau so gut wie die Intentionspsychologen; wir leiten sie aber aus der Erfahrung ab. Woher kommen sie aber bei den Intentionspsychologen? Vermächtnis des seligen Plato? Angeborne Vermögen? oder was sonst? Wenn sie angeboren wären, so wären sie wieder aus der Erfahrung, nur statt aus der ontogenetischen aus der phylogenetischen, abzuleiten; denn sie würden uns sozusagen jede Minute mit der Außenwelt in Konflikt bringen, wenn sie nicht dieser nachgebildet wären [1]). Und Ideen ohne Inhalt gibt es doch wohl nicht; aber die Inhalte stammen doch als Abstraktionen aus der individuellen Erfahrung (die Diskussion über die nicht ganz unmöglichen Rudimente phylogenetisch akquirierter Ideen dürfen wir unterlassen); bevor aus der Erfahrung so weitgehende Abstraktionen gezogen werden können, müssen die näherliegenden, die Begriffe, gebildet sein. Hier käme also Münchhausens Zopf in Anwendung. Versteht *Berze* aber unter Ideen nur Normen ohne Inhalt, ein „Bedürfnis", überhaupt die Erlebnisse zu ordnen oder aus ihnen zu abstrahieren, dann bezeichnet das Wort uns nichts mehr als die selbstverständliche Tatsache, daß wir eben die Erfahrungen ordnen, und daß wir dahinter eine „ordnende Kraft" annehmen, wie das Wasser in der älteren Physik eine „auflösende Kraft" gegenüber Zucker besaß.

[1]) Meines Erachtens ist allerdings in diesen Dingen der Unterschied von angeboren und erworben, von phylogenetisch und ontogenetisch erworben nicht scharf. Ich kann das hier nicht ausführen.



Warum nimmt aber *Berze* solche Dinge an? Hat er ernstlich untersucht, ob man ohne dieselben auskommen könne? Ich darf ruhig antworten nein, sonst würde er nicht lauter Gründe gegen uns anführen, die uns gar nicht treffen. Ich selber kann natürlich hier nicht den Beweis für meine persönlichen Anschauungen geben; es genügt mir vollständig, zu zeigen, daß *Berze* uns nur deshalb in dieser Weise bekämpfen kann, weil er uns nicht verstanden hat.

Die übrigen Angriffe auf dem Gebiete des Denkens kann ich nach diesem kürzer erledigen. Der Fehler ist immer der nämliche.

Vom Denken habe ich gesagt, es sei entweder eine genaue Reproduktion früher erlebter oder eine Bildung analoger Verbindungen. *Berze* meint, das sei nicht annehmbar, „weil das Denken keineswegs immer ein Schaffen, geschweige denn ein Reproduzieren von ‚Verbindungen' ist" (127). Das analytische Denken besonders soll nach *Berze* nicht in einem Schaffen von Verbindungen bestehen. Für ihn vielleicht nicht, für mich aber sicher, weil ich unter Verbindungen die logische Nebeneinanderstellung von Begriffen und andern Psychismen verstehe, wie sie eben das Denken zusammensetzen. Übrigens soll mein Satz durchaus nicht eine „Definition" sein, wie *Berze* meint, sondern eine genetische Erklärung des Denkvorganges.

Berze meint nun, daß auch die vergleichend-beziehende, auswählende, bevorzugende, hemmende Denktätigkeit nicht einfach als ein Bilden von Vorstellungen hingestellt werden könne. Eine hemmende Denktätigkeit [1]) gibt es bei mir überhaupt nicht, eine bevorzugende oder auswählende ist Verbindung des Bevorzugten, Ausgewählten mit dem Vorangehenden, sei es nun, daß die Affekte bzw. Triebe oder daß die Konstellationen die Auslese besorgen; eine vergleichend-beziehende ist an sich wohl immer nur assoziativ, verbindend, wenn auch andere, namentlich affektive Momente da leicht mitspielen mögen.

Berze behauptet dann weiter, daß mit der Betonung der sich etwa aus dem Denken ergebenden Verbindungen immer nur das Ergebnis des Denkens, keineswegs aber das Wesen dieser Tätigkeit berührt werde (127). Was nun das „Wesen" des Denkens ist, weiß ich nicht;

[1]) Abgesehen davon, daß jeder psychische oder zentralnervöse Vorgang andere, nicht gleichsinnige, „hemmt".



sicher aber meint *Berze* hier mit dem Begriff des Denkens etwas ganz anderes als ich; denn bei mir besteht das Denken eben aus dem Verbinden von Erfahrungsmaterial, bei *Berze* ist es das Resultat davon.

So ist es auch nach *Berze* ein „Irrtum", wenn ich meine, die Reproduktion der Assoziation Donner—Blitz sei Denken. Das sei eine bloße Erinnerung. Er hätte recht, wenn ich sagen würde, das sei Denken in seinem Sinne; das fällt mir aber nicht ein; dagegen ist es ganz sicher Denken in meinem Sinne; denn für mich gibt es keinen prinzipiellen Unterschied zwischen diesem Denken und dem Urteilen, das nach *Berze* allein Denken und etwas der einfachen Reproduktion durchaus Wesensfremdes sein soll.

Berze meint auch, es sei „unerlaubt", die Geleise der Logik mit den Erfahrungsassoziationen zu identifizieren. Er denkt sich, die sensualistische Assoziationspsychologie könne freilich keinen andern Ausweg finden. Nun, sie braucht keinen Ausweg, weil sie in nichts drin ist, aus dem sie herauskommen möchte. Aber für uns sind eben die Geleise der Logik nichts anderes als die Geleise der Erfahrung; *Berze* indessen meint, sie seien ein Ergebnis der auf die Erfahrungsassoziationen reagierenden Psychomotilität. Das hat er eben zu beweisen oder doch wahrscheinlich zu machen. Jedenfalls sollte er mir meine Ansicht „erlauben"; denn ich kann aus der Erfahrung die ganzen Geleise der Logik ableiten, und anderseits habe ich weder auf der Welt noch in den Büchern einen Grund gefunden, eine Psychomotilität mit logischen Leitschienen anzunehmen. Ich habe gar nichts dagegen, wenn andere sie voraussetzen, und wenn sie — unter sich — verlangen, daß das Denken in Erfahrungsassoziationen und das im Geleise der Logik streng auseinandergehalten werden müsse (159). Ich verstehe aber nicht recht, daß dann das Denken in Erfahrungsassoziationen das konkrete Denken sein soll (159), während es vorher gar kein Denken war.

Nicht ganz verstehen kann ich auch folgende Konstatierung *Berzes* (158): „Wie uns die Verhältnisse in der Außenwelt dazu zwingen, unsere Bewegungen, unsere Handlungen in einer bestimmten Art zu gestalten, so zwingen uns unsere in den Erfahrungsassoziationen niedergelegten Erlebnisse, unser inneres Handeln, das Denken in einer bestimmten Art, nach bestimmten Regeln zu vollziehen. Und die Logik ist nichts anderes als die Gesamtheit dieser Regeln, dieser ‚Ge-



setze des Denkens'". Diesen Satz könnte ich geschrieben haben. Er ist ein ausgezeichnetes Beispiel, wie vieldeutig in diesen Dingen unsere Worte sind. *Berze* fährt aber fort: „Psychologisch entsprechen diesen den Erfahrungsinhalten gleichsam entspringenden Bestimmungen des Denkens Strebungen (Intentionen, Intentionsfolgen) von bestimmter Richtung, die selbstverständlich im Wirkungsfalle nicht als solche bewußt werden müssen." Das meine ich auch, wenn ich den Autor richtig verstehe, nur nenne ich diese Schemata nicht Intentionen, sondern es sind aus dem Assoziationsvorgang sich von selbst ergebende Abstraktionen und Analogien.

Berze fragt dann (158), „Wie es aber die Erfahrungsassoziation, die durch zwei ganz bestimmte spezielle Erlebnisse „gestiftet" worden ist, machen soll, daß zwei ganz andere Bewußtseinsinhalte in eine ihr „analoge Verbindung" miteinander treten, „er (*Bleuler*) kann es uns auch wohl nicht sagen, denn die nackte Assoziationspsychologie gewährt keine Handhabe dazu." Zunächst muß ich die Frage zurückgeben: Kann es die Intentionspsychologie? Ich kenne sie nicht genügend, um bestimmt nein zu sagen; aber bei *Berze* finde ich als Antwort auf solche Fragen immer nur den allmächtigen Deus ex machina einer psychischen Aktivität oder Intention, mit der ich mich anheischig machen könnte, noch viel mehr zu erklären als *Berze*. Ich weiß nun nicht, ob es nicht ein ganz hoffnungsloses Unterfangen ist, auf so knappem Raume so etwas zu erklären, einem Kollegen, der von ganz anderen Voraussetzungen ausgeht und diese nirgends ganz auf die Seite stellen möchte, um sich in die Weise eines anderen hineinzudenken. Vielleicht aber hat es doch einen Sinn, irgendeinem Leser in ganz abgekürzter Form zu zeigen, wie man sich diese Vorgänge, ohne Zuhilfenahme von Konstruktionen, bloß aus bekannten Tatsachen heraus, vorstellen kann.

„Analogie" ist ein Spezialfall der Ähnlichkeit; Ähnlichkeitsassoziationen sind nun für den Naturwissenschafter, trotz aller Schwierigkeiten, die die Philosophen hineinzulegen pflegen, etwas ganz Selbstverständliches. Ähnliche Psychismen sind entweder als ähnlich in dem Sinne aufzufassen wie z. B. zwei Klänge mit nahezu gleicher Schwingungszahl, oder als Komplexe mit gleichen bzw. ähnlichen Bestandteilen. Nehmen wir den einfachsten Vorgang, nach dessen Schema das Zentralnervensystem, und für uns damit auch die Psyche,

operiert, den Reflexvorgang, so ist es ohne weiteres selbstverständlich, daß nicht nur ein ganz umschriebener Reiz, sondern eine an Qualität und Lokalisation und Stärke ähnliche Gruppe von Reizen die gleiche Reaktion auslöst[1]). Das Nervensystem und ebenso die Psyche muß Ähnlichkeiten als Gleichheiten behandeln, und zwar in um so größerer Ausdehnung, je einfacher das Organ ist; die Differenzierung wächst (ceteris paribus) mit der Komplikation des Gehirns. Die Gleichsetzung von Ähnlichkeiten ist also das Primäre, und zu erklären wäre in gewissem Sinne die Differenzierung. So gilt, was für den einen Fall gilt, in weiter Ausdehnung auch von vielen andern „analogen"; es bedarf da unter gewöhnlichen Umständen gar keiner „Normen". Im gewöhnlichen Denken genügt die Erfahrungsassoziation zum Schließen, zur kausalen Auffassung und zu allem, was zum Denken gehört.

Man denkt, wenn es sich um die Wurzeln eines Baumes handelt, nicht, „das ist ein Baum, jeder Baum hat unten Wurzeln, also hat das Ding unten Wurzeln", sondern man macht einfach die gewohnte Assoziation „Baum unten Wurzeln", ganz wie man beim Perkutieren nicht denkt: „das ist ein Mensch, jeder Mensch hat die Leber im rechten Hypochondrium, also muß ich im rechten Hypochondrium perkutieren", sondern die Vorstellung „Mensch" in Verbindung mit der Vorstellung „Leber perkutieren" läßt sofort durch die gewohnte Assoziation an die richtige Stelle gehen. Ob nun die Analogie von einem Menschen zum andern, von einem Baum zum andern oder von einem Menschen zu einem andern Säugetier und vom Baum zu einer andern Pflanze gehe, also etwas größer oder kleiner sei, ist ganz unerheblich. Es besteht eben kein Unterschied zwischen bloßer Assoziation und Denken nach einem Schema, weil schon die bloße Assoziation in jedem Einzelfalle „nach dem Schema" geht, oder richtiger das Schema nur eine Abstraktion des Verlaufs der Einzelfälle ist, und dieser ist die Wiederholung gleicher und analoger Erfahrungen.

Es ist nun möglich, daß es auch ein so abstraktes Denken gibt, daß bei ihm diese Art des Schlusses nicht mehr ausreicht; in diesem Falle würde die Bildung von Wegen, die vom Inhalt weitgehend unab-

[1]) Der Beugereflex des Beines kann durch Reize von der Sohle bis zum Hüftbein ausgelöst werden usw.



hängig sind (Normen), und deren Benutzung nötig. Ob das so ist, und eventuell welche relative Bedeutung die beiden Denkarten haben, diese mir nicht gerade wichtig scheinende Frage zu beantworten, habe ich noch keine Zeit gefunden. Ganz sicher ist mir, daß der Logiker die Bedeutung der Normen sehr überschätzt. Jedenfalls aber hat er sie abstrahiert aus Denkformen, die der Mensch unbewußt zu seiner Benutzung geschaffen hat. Wir können uns also der Aufgabe nicht entziehen, zu erklären, wie sie zustande kommen können. Zwischen der unbewußten Analogiehandlung, die eine bestimmte Form in den durch die Erfahrung gegebenen Assoziationen auf neue Gedankenverbindungen anwendet, und der der bewußten Heraushebung des „Denkgesetzes" durch den Logiker vermag ich einen prinzipiellen Unterschied nicht zu sehen. Beidem liegt der gleiche Vorgang zugrunde, die Heraushebung eines nämlichen Bestandteiles aus verschieden zusammengesetzten Psychismen.

Einen solchen Vorgang nennen wir Abstraktion und erkennen bei genauerem Zusehen, daß er in ganz gleicher Form bei den verschiedensten geistigen Tätigkeiten mitspielt, so daß der so bezeichnete Begriff in den üblichen Grenzen viel zu eng gefaßt ist. Unsere psychischen Erlebnisse werden alle im Sinne der Abstraktion verarbeitet, das ist eine einfache Beobachtungstatsache. Es ist schon Abstraktion, wenn der Neugeborne die Mutter aus dem optischen Bilde des Zimmers heraushebt, wenn er die verschiedenen perspektivischen Bilder, die er von ihr sieht, als eine Einheit ansieht, wenn er die Mutter in verschiedenen Kleidern, im Hemd, im Liegen, im Stehen erkennt usw. Von diesen primitiven Formen der Abstraktion zu den höchsten gibt es keine Unterschiede. In genau gleicher Weise wird das Gemeinsame an irgendwelchen Vorgängen, seien es äußere oder innere, herausgehoben (ob das Gebilde bewußt werde oder nicht, ob es benutzt werde oder nicht, ist ganz gleichgültig) Kommen ähnliche logische Situationen, so werden die ähnlichen Denkfolgen ohne weiteres reproduziert, so gut wie Bewegungsfolgen. Damit ist das Schema gegeben, das der Logiker heraushebt.

Ich bin mir ganz klar, daß diese kurzen Ausführungen gar nichts Überzeugendes an sich haben; um sie ganz zu verstehen, muß man die elementaren Hirnvorgänge in ihrer Tragweite nach allen Richtungen gründlich durchdacht haben. Vielleicht aber geben sie doch eine



ungefähre Idee von dem, wie man sich die Dinge denken kann, und schützen sie vor Einwänden, die die Sache gar nicht treffen.

Zu ähnlichen Diskussionen wie das Denken gibt die analoge Begriffsbildung Anlaß. Für *Berze* „liegt es auf der Hand, daß das bloße (passive) Erleben wohl Assoziationen, z. B. simultane Assoziationen, erzeugen bzw. hervorrufen kann, niemals aber Begriffe". Für mich liegt das gar nicht auf der Hand, ich nehme im Gegenteil an, daß die von *Berze* zur Begriffsbildung geforderten Ideen erst auf die nämliche Weise wie die Begriffe entstehen, und daß wir sogar auf rein physikalischem Gebiet etwas haben, was der „passiven" Begriffsbildung analog ist, die Typenphotographie. Ich kenne also bis jetzt keinen Grund, von meiner Ansicht abzugehen.

Neben meinen Vorstellungen über Assoziationen und Denken hat *Berze* namentlich zu rügen, daß ich seine Vorstellungen von psychischer Aktivität und Energie, die er für allein richtig hält, nicht teile (wie er fälschlich sagt, daß ich die psychische Aktivität ablehne und nur die Assoziationen zulasse).

Berze hat nun mit *Reichardt* und andern die Vorstellung, daß im Stamm eine Zentralfunktion sitze, die die Quelle der Vereinheitlichung der Psyche, ihrer Energie, ihrer Strebungen, ja des Bewußtseins (letzteres sagt *Berze* hier nicht ausdrücklich) sei. Er unterscheidet eine passive und eine aktive Seite des psychischen Geschehens; zu der ersteren gehören im wesentlichen die Empfindungen, zu der letzteren die Intentionen [1]).

Es gibt nun selbstverständlich psychische Energie, es gibt auch Empfindungen, die man passiv nennen kann, und Strebungen, die etwas Aktives an sich haben; es ist auch für mich selbstverständlich, daß jeder psychische Vorgang Aktives und Passives in diesem Sinne an sich habe. Im übrigen fehlen mir bis jetzt die Beweise, daß eine solche Theorie in dieser Ausführung richtig ist, und ich habe bis jetzt weder in der normalen noch in der kranken Psyche, weder in der Physiologie noch der Pathologie des Gehirns eine Tatsache gefunden, die es auch nur wünschbar machen würde, eine solche zu er-

[1]) Ich mache keinen Anspruch darauf, die mir nicht genügend durchdacht scheinende Theorie im Sinne ihrer Urheber gut zusammenzufassen.



finden. Im übrigen habe ich keinen Grund, sie abzulehnen; sobald ich Gründe für ihre Annahme kenne, kann ich sie meinen übrigen Vorstellungen hinzufügen, ohne an den letzteren deshalb etwas Wesentliches ändern zu müssen.

Was ich über psychische Energie weiß, ist ungefähr folgendes: Wir befinden uns da auf einem Gebiete, auf dem Aktivität und Passivität nicht scharf getrennt wird, oder anders ausgedrückt, wo diese Begriffe sich nicht anwenden lassen. Schon eine Maschine ist passiv, insofern sie aufgezogen, mit Kohle versehen, reguliert, angelassen oder abgestellt werden muß, aktiv, insofern sie, wenn einmal aufgezogen oder geheizt und angelassen, „spontan" läuft. Wenn zwei chemische Körper aufeinander reagieren, ein Kolloid sich im Laufe der Zeit ändert, Salz in übersättigter Lösung sich ausscheidet, wenn ein Ei sich zum Organismus entwickelt, so sind dem chemischen oder physikalischen Gemisch oder dem Ei innewohnende Kräfte tätig, aber andere von außen kommende Kräfte, Wärme, Licht, Erschütterungen, hineinfallende Kristalle lösen die Vorgänge aus oder befördern oder hemmen sie, sind zum Teil geradezu notwendig für das Geschehen. **Ist das aktiv oder passiv?** Jedenfalls besteht unser ZNS. aus lauter Maschinen mit eigener Heizung und eigenen Dampfkesseln.

Ein Reiz auf das RM. löst einen Reflex aus. Würde der ankommende Reiz einfach in die motorischen Bahnen geleitet, wie ein elektrischer Strom in den Morseapparat, so könnte man von bloßer Passivität sprechen. Dem ist aber sicher nicht so, sondern es wird durch den Reiz ein Mechanismus, der seine Energie in sich, im Stoffwechsel des RM., hat, in Tätigkeit gesetzt. Dieser Mechanismus ist meinetwegen aktiv, seine Auslösung passiv. Nun kann, so gut wie das Ei von einem gewissen Stadium der Reife an die Tendenz hat, sich zu entwickeln, eventuell Wasser oder Nährstoff aufzunehmen und die Wärme der Umgebung zu chemischen Reaktionen zu benutzen, auch das ZNS., ohne daß ein besonderer Reiz hinzukommt, eine Aktion unternehmen. Ist das aktiv oder passiv? Ein Beispiel höherer Komplikation: Man sagt, daß der Batrachier unbeweglich bleibe, bis ein Reiz, z. B. die summende Fliege, eine Bewegung auslöse. Gibt es nun aber nicht innere Reize, wie Hunger, die ihn „aktiv" die Fliege suchen lassen? Jedenfalls reizt O-armes und CO_2-reiches Blut zur Atmungstätigkeit und eventuell auch zu lokomotorischen Bewegungen. Ist



das Aktivität? Es lohnt sich nicht, die Frage zu beantworten. Es würde sich ja nur um begriffliche Haarspaltereien handeln in bezug auf Vorgänge, die materiell genügend bekannt sind.

Es ist nun wahrscheinlich, nicht aber bewiesen, daß von lebenswichtigen „Zentren", wie gerade von der Oblongata mit ihren Regulationsapparaten der Atmung und der Zirkulation aus, besonders häufige und starke Anreize zur Tätigkeit auf andere Apparate und damit gewiß auch auf die Hirnrinde übergehen. Es ist auch denkbar, daß das Organ, das die Individualerfahrungen mnemisch registriert und als Assoziationen und Denken weiter benutzt, die Hirnrinde, keine Spontaneität besitze, und wir haben keine Beweise, daß die einfachsten Funktionen, Empfinden im allgemeinsten Sinne, die Affektivität, die Strebungen und Triebe, auch in die Rinde hinaufgewandert seien, ja von der Affektivität wissen wir, daß sie noch starke, wenn auch nicht klar erfaßbare Beziehungen zur Thalamusgegend hat; und sie ist so untrennbar mit Aktivität und psychischer Energie verbunden, daß die bequemste Formulierung unserer jetzigen Kenntnisse die ist, beide Dinge seien nur von uns herausgehobene Seiten des nämlichen Vorganges der Annahme und Ablehnung aktueller oder vorgestellter Verhältnisse [1]). Anderseits ist es uns bis jetzt unmöglich, die Rollen auf Stamm und Rinde in genügend scharfer Weise zu verteilen, und namentlich können wir uns nicht recht vorstellen, wie außer dem Organ der Vorstellungen Bewußtsein, Triebe und ähnliches „lokalisiert" sein soll, da uns diese Dinge vorläufig untrennbar mit den Vorstellungen, mit der Orientierung in Ort und Zeit usw. verbunden, ja als „Eigenschaften" dieser Psychismen erscheinen. Wir wissen auch nicht recht, warum gerade die Rinde keine Energie produzieren soll, ist doch sie das Organ, dessen Funktion am leichtesten ermüdet, und hat sie, aus der Blutversorgung und anderem zu schließen, einen Stoffwechsel, der eher eine Mehr- als eine Minderleistung erwarten läßt.

Eine spezielle Tätigkeit der psychischen Energie wäre es, wenn ich *Berze* richtig verstehe, Wahrnehmungen zu Begriffen zu ordnen, Vergleichungen oder Zusammenhänge zu bilden, die Erfahrungen,

[1]) *Berze* hat dafür eine andere Vorstellung, für die mir ein Wahrscheinlichkeitsbeweis noch ganz fehlt.

die in einen Begriff oder eine logische Operation eingehen, auszuwählen, überhaupt die psychischen Materialien zu ordnen. Die Frage, ob das richtig ist, deckt sich in gewisser Beziehung mit der, ob all unser Wissen auch in seinen Zusammenhängen aus der Erfahrung stamme, oder ob vor aller Erfahrung vorhandene Fähigkeiten notwendig seien, um Wissen zu erwerben oder gar, wie die Kausalität (im allgemeinen), in gewisser Beziehung einen Teil unseres Wissens auszumachen. Auch diese Frage, so oft sie aufgeworfen ist, ist in dieser Form unrichtig gestellt. Natürlich müssen in unserem Seelenorgan Einrichtungen vorhanden sein, die Wahrnehmungen mit ihren Zusammenhängen fixieren und irgendwie zu verarbeiten und zu reproduzieren gestatten. Für mich bedarf es nun allerdings darüber hinaus nichts, um logisches Denken hervorzubringen, wenn ich aus verschiedenen, hauptsächlich nicht psychologischen Gründen annehmen muß, daß die Anlagen so seien, gerade die üblichen und nützlichen Verbindungen zu begünstigen [1]). Es ist nun bloß ein relativer Unterschied, wenn man mit den Aktivitätspsychologen noch eine zentralisierte Aktivität annimmt, die hier Ordnung und Auswahl verlangt und besorgt. Fragt man dann, woher die angeborene Fähigkeit komme, so muß sie wieder aus der Erfahrung abgeleitet werden, nur aus der phylogenetischen statt aus der individuellen.

Wie gesagt, haben alle diese Theorien mit einer Auffassung der Schizophrenie trotz den Ausführungen *Berzes* auch gar nichts zu tun. Ich brauche meine Vermutung von der verminderten Assoziationsspannung nicht deswegen, weil ich die energetische Auffassung von vornherein ablehne; ich habe an Lockerung der Assoziationen nicht deshalb gedacht, weil ich in den Begriffen nichts anderes als Assoziationskonglomerate sehe [2]) — ich habe die Lockerung der Assoziationen im Denken gekannt, bevor mir die analoge Auflösung der Begriffe zum Bewußtsein kam. Es ist auch nicht richtig, daß die Lockerung der Assoziationen nur eine „Auslegung" von mir sei, diese Lockerung ist gar nichts als eine Beobachtungstat-

[1]) Man denke an die Tiere, wo nicht nur Verbindungen, sondern gleich Inhalte angeboren sind. Das Tier „weiß", was es von den hunderttausend Dingen fressen darf und was nicht, welches Tier es zu fürchten hat usw.

[2]) Was übrigens nicht richtig ist; es sind für mich Abstraktionen.



sache, wie ich sage, denn ich verstehe unter dem Namen nichts anderes als eben, was ich beobachtete: daß die Gedanken und überhaupt das psychische Geschehen nicht mehr so zusammenhängen wie in der Norm. Erst die besondere Assoziationsspannung und ihre Störung bei der Schizophrenie ist „Auslegung". Wenn *Berze* nun behauptet, meine Assoziationsstörung sei keine Störung der Assoziationen, sondern eine Willensstörung (Fall Graf), so hat er eben eine andere Auffassung von den Assoziationen und ihren Störungen als ich. Gesetzt, es sei richtig, daß die Patientin, die „Graf" schreiben will und in „Groß" entgleist, nun auf einmal statt „Graf" wirklich Groß schreiben wollte, so ist das für mich auch eine Assoziationsstörung, die nur ihre Ursache an einem andern Orte hat als in der Assoziationsspannung. Wenn der Wille, der den Namen unterschreiben wollte und nach der ganzen Situation auch sollte, in der Richtung auf „Groß" entgleist, so muß das wieder einen Grund haben, und den Grund finden wir in der bloßen Assoziation Gr—Groß, also in einer Assoziationsstörung im engsten *Berze*schen Sinne. Auch *Berze* selber findet sie da, nur ist ihm das „von nebensächlicher Bedeutung" (154). Wir sind also hier in dem wesentlichen Punkte einer Meinung: für uns beide entgleist die Assoziation als solche, für ihn aus Schwäche der Intention, für mich aus Schwäche der Assoziationsspannung. Wie nun Intentionskraft und Assoziationsspannung sich zueinander verhalten, wissen wir nicht genau; aber sicher ist, daß die letztere in einer ganz wesentlichen Richtung eine Funktion der Intentionskraft ist. Der ganze Streit läuft also auf eine Verschiedenheit der Nuance in der Auffassung hinaus, die wahrlich die vielen Worte nicht wert ist. *Berze* soll meinen Begriff der Assoziationsspannung bekämpfen und beweisen, daß die psychische Energie in der Form, wie er sie annimmt, existiert, wenn er das kann; dann hat man etwas gelernt, und ich weiß zwar nicht etwas anderes, aber etwas mehr als jetzt über die psychischen und zerebralen Mechanismen, Aber ich hätte dann einfach statt des einen Begriffes der Assoziationsspannung einen sehr ähnlichen andern einzusetzen oder gar nur hinten in der Kausalkette den der Intention zu setzen, und die Sache wäre erledigt. Namentlich hätte ich an meiner Auffassung der Schizophrenie nichts Wesentliches zu ändern.



Schweren Widerspruch muß ich aber von meinen Beobachtungen aus gegen die *Berze*schen Versuche erheben, die konstatierte Assoziationsstörung in der Weise wegzudisputieren, wie es in seiner Arbeit geschieht. Es ist gar nicht richtig, daß in Fällen wie der Unterschrift Graf nur der Wille entgleist; es läßt sich im Gegenteil oft nachweisen, daß der Wille festgehalten wird. Viele Patienten beklagen sich ja über die Entgleisung. Jedenfalls müßte z. B. für die schizophrene Paraphasie wieder eine neue Erklärung ad hoc erfunden werden.

Gleich ist es mit der Erklärung: Wenn ein Patient sagt, daß Epaminondas die Akropolis mit Kanonenbooten belagert hat, so sei es nicht, wie ich meine, daß entweder Epaminondas aus seinen assoziativen Verbindungen mit dem Altertum losgelöst und in die neue Zeit versetzt worden, oder die Kanonenboote ihres modernen Charakters entkleidet seien, sondern weil der Schizophrene nicht imstande sei, die ganze Situation zu umfassen, und daher von irgendeinem Teilmotiv einseitig entgleist werde. Das heißt, *Berze* sagt zunächst mit andern Worten genau das gleiche, was er bei mir zu bekämpfen vorgibt; denn wenn man sich von der „ganzen Situation" nicht mehr leiten läßt, sondern von einem Teilmotiv, so ist eben eine assoziative Verbindung wirkungslos geworden, die beim Gesunden vorhanden ist und die weiteren Assoziationen beeinflußt. Und was *Berze* die „Dürftigkeit des Bewußtseinsstromes" nennt, ist bei mir der Ausfall der Assoziationen. Leider erklärt er aber mit diesem Ausdruck die positive Seite nicht, denn neben der Dürftigkeit an normalen Assoziationen haben wir bei vielen Schizophrenen einen überschwänglichen Reichtum an abnormen, die irgendwoher kommen müssen. Wollte nun aber *Berze* sagen, es sei pathologisch, daß der Strom sich nach allen Richtungen verteile, und es brauche Energie der Aktivität dazu, ihn zusammenzuhalten, so habe ich dagegen einzuwenden, daß das phänomenologisch genau und genetisch fast das gleiche wäre, wie wenn ich sage, es gehöre Energie dazu, die Assoziationsspannung aufrechtzuerhalten, und ferner ist ihm entgegenzuhalten, daß wir einen deutlich „verschmälerten" Bewußtseinsstrom bei den Organischen und den Imbezillen beobachten, aber ohne schizophrene Syndrome.

Ganz sicher falsch ist *Berzes* Erklärung der Ausrede der Frau, die den Boden nicht kehren kann, „weil sie nicht Französisch kann".



Berze meint, das könnte z. B. heißen: „Da sie nicht Französisch kann, und es daher lernen muß, hat sie keine Zeit, den Boden zu kehren, und kann ihn, kurz gesagt, nicht kehren." Natürlich könnte so etwas einmal bei einem Schizophrenen vorkommen, so gut wie irgend etwas anderes; aber wir haben zu oft intim mit Schizophrenen verkehrt, als daß wir eine solche oder prinzipiell ähnliche Erklärung irgendwie verallgemeinern könnten. Wir waren es ja gerade, die den Sinn im Unsinn bei der Schizophrenie aufgedeckt haben; er liegt aber an einem andern Orte, und der Führer war uns *Freud*. Solche zu supponierende Zwischenglieder haben wir jahrzehntelang redlich gesucht und nicht in erheblichem Maße gefunden.

Übrigens könnte die Erklärung *Berzes* ganz richtig sein, sie würde deshalb nicht das Mindeste gegen unsere Auffassung sagen: Die Patientin ist von Boden-kehren auf Französisch-lernen entgleist, auf etwas, das in der ganzen Situation nicht nur unbegründet ist, sondern ihr geradezu widerspricht. Sie lernt jetzt nicht Französisch und hat keine Möglichkeit dazu. Ihre Einsprachigkeit ist also doch kein logischer Grund, den Boden nicht zu kehren. Also auch hier wieder Streit um nichts.

Lebhaftesten Widerspruch muß ich auch erheben gegen die Einwände *Berzes* auf meine Konstatierung, daß vielen Schizophrenen psychische Energie und Aktivität in vollem Maße zur Verfügung stehen. *Berze* meint zwar, „die Verminderung der Energie" sei die einzige, durch die Beobachtung unmittelbar feststellbare „Tatsache"; wenn das aber richtig wäre, brauchte er nicht fast fünf Seiten, die Existenz dieser Tatsache zu beweisen, und zwar dadurch, daß er die entgegenstehenden Beobachtungen anders auszulegen sucht, um den Mangel an Aktivität oder an Energie doch hineinlegen zu können. Da meint er, es handle sich bei einem Teil derjenigen, die anscheinend gute Aktivität haben, nicht mehr um Kranke, sondern um Sieche, nicht mehr um Krankheit, sondern um einen Residualzustand, und diese geistigen Krüppel machen den größten Teil der Schizophrenen aus, die ich sehe. Ich bezweifle das, da ich in der Heilanstalt meistens frische Aufnahmen mit frischen Erkrankungen oder Schüben zu sehen bekomme. Doch sei dem, wie ihm wolle, so haben diese die schizophrenen Symptome, und sie sollen nun nicht mit



aktueller Störung der Aktivität, sondern mit einem in die Vergangenheit hinein supponierten solchen Defekte zusammenhängen? Der Defekt soll eine „Inhaltsverfälschung“ sein (130). Erzeugt denn eine Inhaltsverfälschung, ein System von Residualwahnideen z. B., die schizophrene Assoziationsstörung mit ihren Folgen? Die Beobachtung sagt sehr bestimmt nein. Ich behaupte auch, daß ich Hunderte von frischen Fällen gesehen habe, bei denen von einer allgemeinen Aktivitätsstörung nichts zu sehen war, viele waren im Gegenteil sehr aktiv.

Dann soll die Aktivitätsschwäche keine so große sein, daß sie sich immer bemerkbar mache, sondern nur, wenn es z. B. gerade an einer zureichenden Strebungserregung fehle, oder bei irgendeiner ungünstigen Konstellation. Das wird niemand bestreiten. Aber aus einem solchen Befunde auf Aktivitätsschwäche als Ursache der Assoziationsstörung (und anderer schizophrener Syndrome) zu schließen, wäre nur dann erlaubt, wenn diese Symptome irgendwie sich proportional dem erweisen würden, was dann psychische Aktivität genannt wird. Das tun sie aber nicht. *Berze* findet ferner, es gehöre mehr Aktivität dazu, einen Affekt zu beherrschen als eine Affekthandlung zu begehen. Meinetwegen, obschon es mir für die allgemeine Aktivität oder Energie ganz gleichgültig erscheint, ob sie im einen Affekt zur Handlung oder im andern zur Hemmung verwendet werde. Aber es gibt logisch stark dissoziierte Schizophrene, die sich sehr gut beherrschen. Dann können nach *Berze* auch Leute mit schwacher Energie bei besonderer Konzentration aller Kraft auf eine einzige Handlung momentan eine größere Anstrengung leisten. Gewiß; aber dann müßte man eben eine solche Anstrengung nie anders als ausnahmsweise sehen, und das trifft wieder nicht zu. Die schizophrenen Weltverbesserer sollen aktiv sein und immer die nämlichen Phrasen zu Tode hetzen, weil sie nicht die Energie haben, sich zu hemmen. Woher weiß das *Berze*? Jedenfalls entwickeln auch diese viel Energie und viel Aktivität, und außerdem gibt es schizophrene Weltverbesserer, und das sind die gefährlichen, die nicht nur alte Phrasen zu Tode hetzen, sondern lange Zeit produktiv bleiben. Dann soll sich die Energiestörung dadurch kundtun, daß nur die konstante Festhaltung des Niveau mental nicht möglich sei. Auch das kommt natürlich oft vor; aber wenn die Kranken nun Energie zeigen, daneben aber doch die schizophrenen Symptome?



Wir sehen, auch *Berze* kennt Schizophrenien, an denen er seine einzige konstatierbare Tatsache nicht beobachtet, sondern hineininterpretieren muß, und das auf eine Art, wie wir ihm nicht folgen können.

Mit solchen allgemeinen Annahmen kann man überhaupt alles „erklären", wenn man sich vor so gezwungenen Auslegungen nicht scheut. Man hat die schizophrenen Symptome auch aus Mangel an Aufmerksamkeit herleiten wollen, eine Zeitlang war vieles „atavistisch" d. h. phylogenetisch auf einer niederen Stufe, jetzt ist es kindlich, also ontogenetisch auf einer unentwickelten Stufe usw. Und wenn man dann noch außer acht läßt, daß es viele Arten von Intelligenzschwäche gibt, so kann man auf eine solche Weise auch die Demenz erklären. Ebenso gefährlich ist es, wenn *Berze* den Umstand, daß die Geisteskrankheiten Störungen „geistiger Tätigkeit" seien, für seine Ansichten benutzen will; auch damit kann man alles erklären. Psyche ist Funktion, also Tätigkeit; jede psychische Störung ist Störung einer Funktion, einer Tätigkeit.

Nun müssen wir uns fragen, gibt es denn bei andern Zuständen, bei Ermüdung, Vergiftung, bei Organischen, bei Idioten nicht auch verminderte Aktivität? Warum fehlen da die schizophrenen Symptome?

Berze mag allerdings einwenden, es seien das keine Aktivitätsstörungen in seinem Sinne. Es ist dann aber an ihm, den Unterschied aus andern Anhaltspunkten zu beweisen, sonst würde er sich im Kreise drehen: diese Aktivitätsstörungen machen keine Schizophrenie, weil sie anders geartet wären, und sie wären anders geartet, weil sie keine Schizophrenien machen. Und wenn die Störung im Stamm damit zusammenhängt, warum gibt es bei der Unmenge von Apoplexien an diesen Orten keine Schizophrenien? *Berze* führt zwar Fälle an, wo Hirntumoren an dieser Stelle eine „symptomatische Katatonie" hervorbringen sollen. Sind diese Syndrome aber nicht so selten, daß man zunächst zufälliges Zusammentreffen ausschließen sollte? Und dann sind diese „Katatonien" wirkliche Schizophrenien? Es sollte sie doch zuerst einmal ein Psychiater mit modernen Begriffen gründlich untersucht haben.

Damit will ich aber, wie schon erwähnt, nicht behaupten, daß nicht eine große Zahl von Schizophrenen allgemeine Energiedefekte



haben; ich bestreite nur, daß solche Defekte immer vorhanden seien, und daß sie zeitlich und quantitativ in irgendeinem Verhältnis zu den Symptomen stehen, so daß man diese aus jener ableiten dürfe.

Ich gehe also dem dynamischen Problem gar nicht vorsätzlich aus dem Wege, wie *Berze* behauptet (134), sondern gezwungen; ich kann es, soweit es ein allgemeines ist, zu meinem Bedauern nicht lösen, weil wir gar keine Anhaltspunkte haben, die Energie psychischer Vorgänge zu messen oder zu vergleichen. Ich kenne das Triebleben mit seiner Aktivität und kann mir auch vorstellen, daß es z. B. einen Wahrnehmungstrieb gebe, ja daß in jeder Wahrnehmung selbst etwas Aktives liege — nur hätte ich für das letztere gern einige Wahrscheinlichkeitsbeweise. Ich kann eine allgemeine Störung der Aktivität als Grundsymptom der Schizophrenie trotz der Häufigkeit inaktiver Schizophrener nicht anerkennen, weil ich sie nicht nur in zu vielen Fällen nicht beobachtete, sondern weil ich viele geradezu aktive Schizophrene sehe.

Im übrigen finden wir beide ein „dynamisches Etwas", an der Wurzel der Krankheit; bei *Berze* ist es die allgemeine psychische Energie, die vom Stamm ausgehen soll. Bei mir ist es ein Mangel an der supponierten Assoziationsspannung. Den Energiemangel erschließe ich aus dem Umstande, daß ähnliche Assoziationsstörungen im Schlaf und bei Ablenkung der Aufmerksamkeit vorkommen, d. h. bei Zuständen, wo man allgemein geringere Energieproduktion annimmt. *Berze* behauptet zwar, „von Assoziationsspannung in psychologischer Deutung könne überhaupt nicht gesprochen werden" (144), und ich spreche nur in psychologischer Deutung davon, und leite sie nur psychologisch ab! Die Vorstellungen *Berzes* kann ich nicht annehmen, weil mir seine allgemeine Supposition von der Dynamik, die vom Hirnstamm ausgeht, noch lange nicht genügend bewiesen ist, und weil zunächst noch eine Anzahl schwerwiegender Einwände zu widerlegen wären; weil in der Boebachtung irgendein Zusammenhang von schizophrenen Symptomen mit der allgemeinen Energieschwäche nicht zu sehen ist. Ich vermute also eine spezielle Energieschwäche [1], die ich

[1]) Es gibt sonst noch Gründe, eine besondere Assoziationsspannung anzunehmen: bei Organischen z. B. (Hirntraumen) ist oft die Willensspannung vermindert, die Schaltspannung bleibt gut.

in die Schaltspannung verlege, weil ich eine Störung der Assoziationen beobachte, und weil von da aus alle andern Symptome, die noch einer Erklärung bedürfen, zu verstehen sind, wenn ich auch nicht so hochmütig bin, wie *Berze* mir zumutet, das falsche Vorurteil zu hegen, daß alle schizophrenen Erscheinungen „sicher“ auf Assoziationsstörungen zurückzuführen seien (144). Wenn nun *Berze* (133) meint, das Bild von der Schaltung sei nichts als eine Umschreibung, so täuscht er sich. Der Begriff der Schaltung ist nicht ad hoc gemacht, sondern ein allgemeiner. Etwas wie Einstellungen in einer elektrischen Schaltung gibt es in unserem Zentralnervensystem und in unserer Psyche, und die Hypothese der Schaltspannung und ihrer Störungen ist deshalb nur eine Anwendung sonst bekannter Tatsachen auf den bestimmten Fall.

Das mag genügen, obschon fast jeder Satz *Berzes* in solcher Weise angreifbar wäre. Besonders hervorheben möchte ich nur noch, daß auch die Diskussion über anatomische und anatomisch-pathologische Verhältnisse in gleicher Weise unfruchtbar ist. Nicht ich mache mir anatomische Vorstellungen, sondern *Berze* mit seiner Zentralfunktion im Stamm und Ableitung einzelner Ideen aus dem Plan des Gehirns (137). Doch scheine ich zu einem Mißverständnis Anlaß gegeben zu haben, wenn ich beiläufig von irgendwelchen Störungen „in der Rinde“ gesprochen habe. Da man die psychischen Funktionen in die Rinde zu verlegen pflegt, habe ich den Ausdruck ohne weitere Lokalbedeutung gebraucht. Ich habe so wenig als irgend jemand anders je daran gedacht, daß ein anatomischer oder autotoxischer oder irgendein anderer Vorgang, der der Schizophrenie zugrunde liegen wird, nur in der Rinde lokalisiert sein werde, ebenso wenig wie eine Dementia senilis oder eine Paralyse oder ein Rausch. Übrigens sagt *Berze* selbst (153), alle psychologischen Erwägungen seien unabhängig davon, wie immer man sich den somatischen Hintergrund der Insuffizienz der psychischen Aktivität vorstellen möge. So habe ich auch immer gedacht, und ich muß mich nur fragen: warum denn in diesem Zusammenhange darüber reden? Meinetwegen kann auch der Sitz einer Autintoxikation, die zur Schizophrenie führt, in der Leber oder der Niere sein.

Ich will auch noch ausdrücklich erwähnen, daß *Berzes* Einwendun-



gen gegen die Spaltung der Persönlichkeit sich aus ähnlichen Mißverständnissen bzw. verschiedenen Auffassungen heraus entwickeln.

Zusammenfassung. *Berze* leitet meine Hypothese von der Schwäche der Assoziationsspannung als Grundsymptom der Schizophrenie von meiner Auffassung der Assoziation und ihrer Bedeutung ab und meint, ich verwerfe seine Energietheorie der Schizophrenie deshalb, weil ich eine psychische Aktivität in seinem Sinne ablehne. Beides ist unrichtig. Meine psychologischen Grundvorstellungen und diese Schizophrenietheorie sind überhaupt ganz unabhängig voneinander. Außerdem schreibt mir *Berze* Ansichten zu, die ich gar nicht habe. Aus einer allgemeinen Aktivitätsstörung kann ich die Schizophrenie nicht ableiten, weil in vielen Fällen keine solche Aktivitätsstörung vorhanden ist. Die Erklärungen, die *Berze* für diese Fälle gibt, erscheinen mir gezwungen und zum Teil direkt im Widerspruch mit den Tatsachen. Außerdem nehmen wir doch noch Störungen der Aktivität an, die keine Schizophrenien hervorbringen. Ich suche deshalb die Energieschwäche in einer bestimmten Funktion, der „Assoziationsspannung"; die Folge der Störung ist das, was ich die „Lockerung der Assoziationen" genannt habe, ein Ausdruck, unter dem nichts anderes als die beobachteten Störungen der Gedankenverbindungen verstanden werden. Aus ihr lassen sich die nicht anderweitig schon begründeten [1]) schizophrenen Symptome ungezwungen erklären. Die lokalisatorischen und anatomischen Vorstellungen, die mir *Berze* zuschreibt, sind mir fremd. Für die Theorie der Aktionspsychologen von der psychischen Energie, die vom Stamm ausgeht und auch das Denken ordnet, kenne ich bis jetzt viel zu wenig Anhaltspunkte, als daß ich auf sie bauen möchte, auch wenn ihre Anwendung auf die Schizophrenie weniger Schwierigkeiten hätte.

Der größte Teil der Kontroverse ist also unnötig. Unsere Anschauungen decken sich sogar so weit, daß wir beide als Grundsymptom der Schizophrenie eine Energiestörung annehmen, nur ich eine beschränkte, *Berze* eine allgemeine, die außerdem bei ihm durch eine ganz spezifisch gefärbte Auffassung der psychischen Aktivität und Energie und ihrer Lokalisation einen besonderen Charakter bekommt.

Der Hauptunterschied zwischen *Berze* und mir ist nicht der, daß

[1]) z. B. Körperhalluzinationen infolge Reizung des Zentralorganes.



ich vieles voraussetze (nach *Berze*: falsche Vorstellungen habe), sondern daß ich mir an vielen Orten, da, wo mir die Tatsachen zu Erklärungen noch nicht auszureichen scheinen, gar keine Vorstellungen mache, während *Berze* vieles weiß, was ich nicht weiß. Positiv ist bei mir nur die mit der Auffassung der Schizophrenie durchaus nicht notwendig zusammenhängende Formulierung, daß das Denken durch die Erfahrungsassoziationen entstehe — ich könnte mich ebensogut negativ ausdrücken: weil ich hinter dem Denken nichts als Erfahrungsassoziationen finde, und diese vollständig zur Erklärung desselben genügen, habe ich keinen Grund, noch einen andern Mechanismus dahinter zu suchen. Ferner ist positiv meine Annahme, daß die partielle Energieschwäche, die wir bei der Schizophrenie finden, sich hauptsächlich auf eine Funktion beziehe, die die Assoziationen in ihren gewöhnlichen Bahnen halte. Wenn im übrigen *Berze* mir Beweise für seine dynamischen Ansichten bringt, so habe ich an den meinigen nichts zu ändern, sondern nur das Neue einzufügen in das schon Bekannte.



Über einen schweren Gewohnheitsverbrecher, der wieder sozial wurde.

Von **Arthur Kronfeld** (Berlin).

Gewohnheitsverbrecher, die wieder zu einem dauernd sozialen Verhalten zurückkehren, müßten eine besonders ergiebige Quelle für Erkenntnisse über die Wirksamkeit kriminell schädigender Milieumomente bilden. An ihnen müßte man ferner die einzelnen psychologischen Anteile der speziellen Strafprävention studieren können; und auch die andern inneren und äußeren Ursachen, die eine Rückkehr zur sozialen Norm bedingen oder begünstigen, müßten sich uns erschließen. Die Bedeutsamkeit solcher Feststellungen für die praktische Bekämpfung der Antisozialität liegt zutage.

Leider sind die kriminologischen Forschungen, gerade was dieses besonders wichtige Gebiet anlangt, in keiner günstigen Lage. Der statistischen Methode, welche Zahl und Artung der antisozialen Fakten zur Grundlage hat und haben muß, entgeht naturgemäß alles, was nicht ein solches Faktum bildet oder in bedingenden Zusammenhängen zu ihm steht. Ihr entgeht mithin notwendigerweise jeder Umstand, welcher auf das Sozialwerden ehemaliger Krimineller hinweist und von Einfluß sein kann. Man bleibt auf Sammlung einzelner Fälle angewiesen.

Nun sind Gelegenheits- und Affektverbrecher, die ohne Rückfall verbleiben, schließlich nichts Seltenes und auch nichts Unbekanntes. Sie interessieren aber auch in keiner spezifischen Hinsicht. Wichtig für unsere Erkenntnis und unser praktisches Vorsorgen sind allein Gewohnheits- und Berufsverbrecher, wenn möglich von der schwerkriminellen Art, bei welchen es den äußeren und inneren Umständen gelang, eine dauernde Rückkehr zur gesellschaftlichen Ordnung zu erreichen. Diese Fälle sind wahrscheinlich sehr selten;

und es ist gerade demjenigen, der aus Beruf und Neigung kriminologisch interessiert ist, dem Justizbeamten und dem Irrenarzt, in der Regel versagt, solche zu finden. Denn diese sehen den Kriminellen aus Anlaß seiner Anti- oder Asozialität; Menschen, bei denen dieser Anlaß fehlt, stehen damit eo ipso außerhalb kriminologischer Arbeitskreise. Und bei dem wieder sozial gewordenen Gewohnheitsverbrecher fehlt eben dieser äußere Anlaß. Es ist somit ein Glücksfall, überhaupt zur Bearbeitung eines einzelnen Menschen dieser Art zu kommen.

Dennoch ist es keine Verlegenheitsmethode, nun etwa aus Mangel an vollständiger erhältlichem Material irgendeinen glücklich erlangten zufälligen Einzelfall zu veröffentlichen. Ein solches Einzelphänomen mag interessant und ungewöhnlich sein: das allein aber wäre noch kein zureichender Grund, ihm eine breitere Darstellung zu widmen. Ein tiefer begründetes Recht hierzu besteht erst darin, wenn der Einzelfall uns etwas lehrt, das über das bloß Interessante und individuell Besondere an ihm hinausgeht. Der Einzelfall muß den Ausdruck einer kriminologischen Typik oder Gesetzmäßigkeit bilden — mag diese nun bereits theoretisch formulierbar oder nur in concreto aufzeigbar sein. Er muß, sofern er diese Forderung noch nicht zu erfüllen vermag, uns zum mindesten die Augen öffnen und das Verständnis schärfen für die noch ungeklärten Wechselwirkungen und Zusammenhänge von Persönlichkeit und Umwelt, aus denen die ganze Lebensgestaltung jedes Einzelfalles mit einer Art von innerer Notwendigkeit folgt, die an ihm sich gleichsam sinnfällig dem unmittelbaren Erfassen kundgibt. Denn erkennt man in den Arten des Rechtsbruches besondere, durch den jeweilig adäquaten kriminologischen Begriff generalisierte typische Wirkungsweisen einer Lebensgestaltung, die aus dem persönlichen und dem Milieufaktor erwächst, so ist es diese Erforschung der Lebensgestaltung des einzelnen Rechtsbrechers und ihrer treibenden Kräfte, die uns auf langem und mühsamem Wege die Kriminalität als eine Lebenserscheinung in ihren Wurzeln begreiflich macht. Kriminalätiologie, Ursachenforschung der verbrecherischen Betätigung, in diesem Sinne, vermag nur die Einzelforschung zu sein — sagt mit Recht *Welzel*[1]) in seiner schönen Studie über dies Problem.

[1]) Die allgemeine Bedeutung des Einzelfalles für die Kriminalpsychologie. Groß' Arch. Bd. 55, S. 101 ff.

Aus dem Einzelfalle nun, den wir im folgenden darstellen, dem Falle Otto Respels[1]), lernen wir die typischen Bedingungen des Rückfalles in Kriminalität kennen; und wir sehen dann, welche Umstände geeignet sind, die Wirksamkeit dieser Bedingungen aufzuheben oder zu paralysieren. Wir sehen auch, was für Arten von Sozialität hieraus resultieren, und wie die neue Lebensweise, soll sie ohne grundlegende Umformung der ganzen Persönlichkeit, die praktisch ja fast unerreichbar ist und auch in unserem Falle nicht eintrat, erzielt werden, zwar einen einschneidenden und schroffen Gegensatz zu der bisherigen antisozialen bildet, aber immerhin als soziale keineswegs gleichförmig und einfach ist, sondern vielmehr ihre besonderen Merkmale und Wechselfälle aufweist. Wir sehen ferner — und das ist vielleicht das Lehrreichste —, wie die durch den Übergang zur Sozialität äußerlich unwirksam gewordenen seelischen Tendenzen, die sich vorher asozial ausgelebt hatten, nunmehr Ersatzbefriedigungen suchen: Respels phantastischer Drang und Trieb zur Unstete, äußerlich gebändigt, nunmehr in seinen Erfinderideen wiederkehrt usw., kurz, wie die Sozialität nur durch eine Art seelischen Kompromisses erkauft werden kann, welches die psychische Artung mit den äußerlich vorgesetzten Schranken der Lebensführung eingeht, und wir erkennen darin nur einen Spezialfall eines tiefen, allgemeinen Grundgesetzes der Sozialpsychologie.

Wir erhalten endlich an der Hand der ausführlichen schriftlichen Aufzeichnungen Respels über seine kriminalsozialen Erfahrungen wertvolle Aufschlüsse darüber, wie sich in solchen Köpfen die soziale Ordnung und ihre eigene Rolle darin ausmalt, und — was wichtiger ist — wie die einzelnen Maßnahmen der Gesellschaft gegen die Asozialität auf solche Menschen wirken, die das Objekt dieser Maßnahmen sind. Was Respel von den Herbergen zur Heimat, von manchen Wohlfahrtseinrichtungen, von den Wanderarbeitstätten usw. erzählt, das scheint mir wichtig und für die Praxis belangvoll. Denn schließlich kommt es für die Wirksamkeit solcher Maßnahmen doch stark mit darauf an, wie sie von den Menschen aufgenommen und empfunden werden, auf die sie sich erstrecken.

---

[1]) Natürlich Pseudonym!



Was aus Respels Darstellungen ferner zur Kenntnis des Banden-verbrechertums, des Landstreichermaterials und seiner Beziehungen zur Kriminalität hervorgeht, was er insbesondere von den weniger gekannten Orientkunden berichtet, ist vielleicht ebenfalls nicht wertlos.

I. Der Fall Otto Respel.

Der Tatbestand der Verbrechen. — Es wurden während des Jahres 1895 und auch schon früher aus allen Teilen der Schweiz Bahnhofsdiebstähle gemeldet. Verschiedene Kantone waren von den Einbrechern heimgesucht worden, am meisten der Kanton Waadt. Die Einbrüche wurden jedesmal unter gleichen Umständen und in ähnlicher Art und Weise ausgeführt.

Am 26. April 1895 fand in Chavornay ein Einbruch statt; 4 Tage später in Crans und in Cossonay, am 3. Mai in Croy, am 11. Mai in Baulins, am 15. Juni zum zweiten Male in Chavornay, am 23. Juni in Pont, am 22. Juli in St. Prex, am 22. August zum zweiten Male in Cossonay, am 23. August zum zweiten Male in Pont. Am 3. September begingen die Einbrecher in Echallens einen Diebstahl, am 16. Oktober zum zweiten Male in Croy; und in der Nacht vom 19. zum 20. Oktober wurden sie bei einem Einbruchsdiebstahl im Bahnhof Cossonay (dem dritten) gestört. In derselben Nacht wurde auch ein Einbruchsdiebstahl in der Apotheke von Cossonay ausgeführt. Bis dahin hatte man keinerlei Spuren der Täter. Endlich führte in der Nacht vom 20. zum 21. Oktober 1895 ein Einbruchsdiebstahl auf dem Bahnhof La Sarraz zu einem Anhaltspunkte. Der dortige Bahnhofsvorsteher D. erwachte infolge eines aus seinem Bureau herkommenden Geräusches, stand auf, betrat das Bureau und überraschte dort einen Mann, der mit dem Abschrauben des Türschlosses beschäftigt war. Zwischen beiden entspann sich ein Kampf; ein Komplice feuerte einen Revolverschuß gegen den Vorsteher ab; infolgedessen konnte der Einbrecher flüchten. Er ließ ein großes, weißes Foulardtuch zurück.

Gleichzeitig war die Kriminalpolizei drei deutschen Landstreichern auf die Spur gekommen, welche man einige Stunden nach dem (letzten) Diebstahl in Cossonay, also wenige Stunden vor dem Einbruch in den Bahnhof La Sarraz, an diesem Orte hatte ankommen sehen. Jedoch gelang es nicht sogleich, der drei Leute habhaft zu werden. Auf den Einbruchsversuch in den Bahnhof La Sarraz folgten in der Nacht vom 21. zum 22. Oktober zwei weitere Diebstähle, welche in Yverdon begangen wurden; der eine in der Bezirkseinnehmerei, der andere in der Buchdruckerei. Ein dortiger Bürger hatte gesehen, wie sich die drei entfernten. Am folgenden Tage wurden sie endlich in einem Dörfchen in der Nähe von den Mitgliedern eines gerade dort versammelten Turn-



vereins festgehalten. In ihren Taschen fand man Gegenstände aus der Bezirkseinnehmerei von Yverdon und der dortigen Buchdruckerei sowie aus der Apotheke von Cossonay. Es konnte für sicher gelten, daß man die langgesuchten Einbrecher gefangen hatte: einer von ihnen trug noch die Spuren der Schläge, die ihm der Bahnhofsvorsteher von La Sarraz am Kopfe beigebracht hatte.

Die drei Einbrecher waren jeder mit einem geladenen Revolver bewaffnet, sie waren im Besitze von fünf Messern und hatten ein komplettes Diebeswerkzeug bei sich: Stemmeisen, Dietriche, Nachschlüssel usw. Sie führten sogar den Prospekt einer Geldschrankfabrik mit sich, in welchem die Arten und die Konstruktionssysteme der Geldschrankschlösser erklärt waren.

Natürlich leugneten die drei und beteuerten ihre Unschuld. Sie verstanden es ausgezeichnet, die Untersuchung mit den größten Schwierigkeiten zu verknüpfen. Tatsächlich konnten sie auch der vor dem Monat Oktober begangenen Bahnhofsdiebstähle nicht mehr überführt werden. Alle drei behaupten, sich nicht zu kennen: jedem ist der Name des andern unbekannt; sie haben sich zufällig einige Tage vor ihrer Verhaftung getroffen, dann haben sie sich jeden Tag getrennt und trafen sich abends zufällig immer wieder. Sie behaupten, nicht zu wissen, wo Cossonay liegt, und kennen weder La Sarraz noch den Namen von irgendeinem der Dörfer in der Umgegend, wo sie gesehen worden waren. Die bei ihnen gefundenen Diebeswerkzeuge gehören dem Kleinsten von ihnen, der sich Kobatsch nennt. Dieser gibt an, sie unmittelbar vor seiner Verhaftung in einem Heuschober gefunden zu haben. Von Beruf wollen alle drei Zirkusbedienstete und Akrobaten sein. Sie sind in den verschiedensten Ländern umhergereist und wissen nicht mehr, wo sie sich zu irgendeinem Zeitpunkt des Jahres aufgehalten haben. Nirgends haben sie sich länger aufgehalten, sie schliefen meist unter freiem Himmel oder in Scheunen und waren nie im Besitz von ordentlichen Papieren. Was die Erzählung von ihrem plötzlichen Zusammentreffen um den 20. Oktober anlangt, so wimmeln ihre einzelnen Aussagen von Widersprüchen. Sie sind nicht einig über den Tag des Zusammentreffens; alle drei behaupten, in einem Heuschober zusammengekommen zu sein, aber jeder von ihnen will allein gekommen sein, die beiden andern seien schon dort gewesen oder kurz nachher zusammen eingetroffen. Über die Zeit vom 19., 20. und 21. Oktober machen sie ebenfalls widersprechende Angaben: alle drei erzählen, daß sie sich jeden Abend getrennt hätten; jeder von ihnen will die beiden andern verlassen haben, und ihre Wiederbegegnung am nächsten Tage beruhte auf reinem Zufall.

Durch beweiskräftige Indizien konnten sie der folgenden Delikte überführt werden:

1. des Einbruchsdiebstahls, begangen am 16. Oktober abends zwischen 7 und 8 Uhr im Bahnhofsbureau von Croy. Hier war in Ab-



wesenheit der Beamten die Kasse mittels Stemmeisens erbrochen und die Tageseinnahme geraubt worden. Die Spuren des benutzten Stemmeisens zeigten an, daß dieses bestimmte Lücken haben mußte, und eines der bei den Verhafteten gefundenen Stemmeisen hatte genau die zu der Spur passenden Lücken.

2. des Einbruchsdiebstahls, begangen in der Nacht vom 19. zum 20. Oktober im Bahnhofsbureau von Cossonay. Völlig gleichartige Ausführung des Einbruchs wie in Croy.

3. In derselben Nacht brachen Diebe in der Apotheke von Cossonay ein. Sie erbrachen die Fenster, indem sie die Laden derselben zerstörten, die Scheiben eindrückten und einstiegen. Aus verschlossenen Schränken nahmen sie Geld, ein Messer und zwei Ferngläser. Man fand diese Sachen dann bei den Verhafteten. Während des Diebstahls hatten sie, um sich den Rücken zu decken, die von der Apotheke in den Hausgang führende Tür von innen abgeschlossen.

4. des Einbruchsdiebstahls, begangen am 21. Oktober nachts um 1 Uhr im Bahnhof von La Sarraz. Der durch ein Geräusch aus dem Bureau geweckte Bahnhofsvorsteher D. bewaffnete sich mit einem Gewehr und traf im Bureau einen Menschen beim Abschrauben des Kassenschlosses an. Er versetzte ihm mit dem Gewehrkolben einen Hieb über den Kopf; aber der Kolben zerbrach. Es begann ein Handgemenge; Herr D., in der Hoffnung, seinen Gegner widerstandsunfähig zu machen, kniete sich auf ihn und bearbeitete ihn fortgesetzt mit Faustschlägen. Der Kampfplatz war erleuchtet von einer Wachskerze, welche der Einbrecher beim Billetschalter aufgestellt hatte. Ein zweiter Mensch. der im Vorraum geblieben war und nicht ins Bureau eintreten konnte, weil dessen Tür von innen verschlossen war, suchte seinem Komplicen, mit dem er sich während des Kampfes auf Deutsch verständigte, zu Hilfe zu kommen; er versuchte, die verschlossene Tür mit Fußtritten und Beilhieben zu zertrümmern. Da ihm dies nicht gelang, griff er zum Revolver und schoß durch den Schalter auf Herrn D. Die Kugel traf den Vorsteher am Kopfe; er taumelte, und sein Gegner benutzte dies, um sich zu erheben und nun seinerseits den Vorsteher zu Boden zu werfen und mit dem Stemmeisen zu bearbeiten. Der Revolverschuß hatte die Kerze ausgelöscht, und der andere Einbrecher setzte inzwischen seine Versuche fort, die Tür aufzubrechen. Endlich gelang ihm dies, und beide Einbrecher flohen nun gemeinsam. Junge Leute, die infolge der Schüsse herbeigeeilt waren, sahen gleich darauf drei Männer schnell davonrennen und sich auf dem Bahngeleise entfernen. Es waren also drei Einbrecher beteiligt: derjenige, mit dem der Vorsteher gerungen hatte, derjenige, der vor dem Schalter, und ein dritter, der offenbar vor dem Bahnhof Wache gestanden hatte. Von den drei Verhafteten wurde derjenige, der sich mit dem Namen Doree bezeichnete, von Herrn D. sofort als sein Gegner erkannt. Vor dem Bahnhof stand wahrscheinlich der Garschagen



genannte Einbrecher Wache. Kobatsch war es, der den Schuß auf Herrn D. abgab. Das ließ sich aus einem Vergleich seiner Stiefelabsätze und ihrer Nagelung mit den Absatzspuren an der eingetretenen Tür nachweisen.

5. des Einbruchsdiebstahls, begangen in der Bezirkseinnehmerei Yverdon während der Nacht vom 21. zum 22. Oktober. Hier waren die Türen des Hauses und des Bureaus mit Dietrichen geöffnet und Kasse und Pulte mit Stemmeisen aufgesprengt worden. Die Einbrecher hatten außer größeren Geldbeträgen sich auch verschiedene Gegenstände angeeignet, die sich dann bei den Verhafteten vorfanden. Auch hier hatte man drei Personen sich rasch aus dem Hause entfernen sehen.

6. des Einbruchsdiebstahls, begangen in der gleichen Nacht in der Buchdruckerei in Yverdon. Die Ausführung des Einbruchs geschah durch Zerbrechen eines Fensterladens, Eindrücken der Scheiben und Sprengung der Türschlösser mittels Stemmeisens. Auch hier wurde außer dem Bargeld noch eine Anzahl von Sachen mitgenommen, die sich dann bei den Verhafteten fanden.

Am 18. März 1896 wurde das Hauptverfahren eröffnet.

Die Persönlichkeiten der Täter. — Über die Urheber aller dieser Delikte wurde folgendes ermittelt: Die Identität ließ sich nur bei einem derselben schon damals feststellen. Dieser nannte sich zuerst Konrad Kanderegg, war früher schon unter dem Namen Samuel Bonnef verhaftet worden und besaß ein offenbar gefälschtes Arbeitsbuch auf den Namen Bonnef aus Rennes. Dort hat es aber einen Bonnef niemals gegeben. Es handelt sich um Karl Garschagen, geb. am 3. September 1867 zu Saarbrücken, unehelich. Er ging in Deutschland auch unter den Namen Kleine und Schmid. Er ist 21 mal in Deutschland vorbestraft in 8 Jahren, darunter 5 mal wegen Diebstahls, 1 mal wegen Hausfriedensbruchs, 12 mal wegen Bettelns und 10 mal wegen Landstreicherei. Auch hat er mehrere Zusatzstrafen wegen Führens falscher Namen. Nach seinen Vorstrafen in Deutschland sowie nach den sonstigen aktenmäßigen Feststellungen über sein Vorleben zu urteilen, war er bis zu seinem Aufenthalt in der Schweiz kein eigentlicher Gewohnheitsverbrecher, sondern ein Landstreicher und Gelegenheitsverbrecher, allerdings ein schon in der Anlage Asozialer (die ersten Delikte mit 13 Jahren!). Beim Militär desertierte er, und im Anschluß daran beging er die ersten schwereren Diebstähle. Eigentlicher schwerer Gewohnheitskrimineller wurde er erst in der Schweiz in dem Bandenmilieu, in das er geriet. Hier steigerte sich auch sein chronischer Alkoholismus, dem er frühe verfallen war. In der Schweiz wurde er wegen Diebstahls bestraft in Glarus und in Rolle unter dem Namen Kanderegg; 1890 wurde er unter verschiedenen Namen steckbrieflich verfolgt von den Kantonen Zürich, Aargau und Neuenburg. Leider gelang es nicht, über seinen Lebenslauf nach Beendigung der 17 jährigen Zuchthausstrafe, die er nunmehr erhielt, etwas Sicheres zu erfahren; nach Angabe Respels ist er im Zuchthause gestorben.



Der zweite ist Karl Doree. Ob dies sein wahrer Name ist, hat sich nicht feststellen lassen. Er will 1852 in Luxemburg geboren sein; dort fanden sich aber keine Geburts- oder sonstige Eintragungen vor. Er weiß angeblich oder wirklich nicht, wer seine Eltern sind, und in welchem Lande er heimatberechtigt ist. Bei der Verhaftung nannte er sich Dansen aus Kolding in Dänemark. Er ist zweifellos der Anführer der Bande und von größtem Einfluß auf die beiden andern gewesen; ein schwerer Gewerbsverbrecher, von mehreren Kantonen wegen vielfacher Einbrüche ausgeschrieben, niemals aber gefaßt; der Polizei bekannt unter dem Namen: Doree, Dilken, Jansen, Dansen, Sommer, Kummer, Haarburger, Meinhardt, Schmidt und mehreren andern. Es gelang den Schweizer Behörden nicht, ein auch nur annähernd vollständiges Strafregister über ihn zu erheben. Er stieß zu den beiden andern Verbrechern 1894. Er war der Berufsverbrecher, der die Gelegenheit auskundschaftete und die Hauptrolle bei den Einbrüchen übernahm. Von seinem ferneren Leben wurde ermittelt, daß er im 4. Jahre seiner Zuchthausstrafe in eine chronische Geistesstörung mit Verfolgungsideen verfiel und als Geisteskranker im Dezember 1904 nach 20monatigem Aufenthalt in der kantonalen Irrenanstalt zu Céry starb.

Lebenslauf des Bandenführers. — Aus den Akten der Irrenanstalt Céry geht über diese eigenartige Persönlichkeit noch folgendes hervor: Zunächst verbreitet ein 1903 von ihm selbst verfaßter Lebenslauf einiges Licht über sein Vorleben und das Milieu, aus dem er stammt. Freilich ist besonders der Schluß seiner Angaben mit Vorsicht aufzunehmen. Er schreibt [1]):

Mein Name ist Charles Doree; ich bin am 1. Dezember 1851 auf der Reise im Großherzogtum Luxemburg unehelich geboren. Meine Mutter Marie Doree war Kunstreiterin und zur Zeit meiner Geburt an einem Zirkus engagiert, mit dem sie die Reise von Luxemburg nach Belgien machte. Ich war nur bis zum 8. Jahre bei meiner Mutter; warum sie mir den Ort meiner Geburt nicht mitgeteilt hat, weiß ich nicht. ... Spätere Nachforschungen, die ich über meinen Geburtsort anstellte, führten zu keinem Ergebnis. Ich vermute, daß der Zirkusdirektor, bei dem meine Mutter damals engagiert war, mein Vater war, und daß dieser, um nicht die Vaterschaft eingestehen zu müssen, die Anzeige von meiner Geburt hintertrieben hat.

Viel kann ich über meine früheste Jugend nicht sagen. Ich habe, wie das bei uns Sitte ist, schon als Kind das Metier als Kunstreiter und Gymnastiker erlernt und habe so mit meiner Mutter Norddeutschland, Holland und Belgien bereist. Von dem Direktor des Zirkus wurde ich ständig schlecht behandelt, und das ist der Grund, aus dem ich ihn und meine Mutter bei Gelegenheit eines Festes in Brüssel verließ (7 Jahre alt).

---

[1]) Im Original französisch.



Ich übersah damals die Tragweite dieses Schrittes noch nicht; ich habe ihn später immer bereut. Ich fand sogleich Engagement an einem Varietétheater, wo ich mich mit einigen jungen Künstlern produzierte. Unter dem Personal des Theaters war auch ein Berliner Improvisator und Schnellzeichner, und diesem verdanke ich zum größten Teile meinen Unterricht im Lesen, Schreiben und Zeichnen. Ich bereiste mit dieser Truppe die größeren Städte Hollands, Norddeutschlands und Dänemarks und Schwedens; hier und in Belgien hielt ich mich bis zu meinem 18. Jahre auf. Dann hatte ich Gelegenheit, einen Teil Rußlands, Österreich-Ungarn, Bulgarien und Rumänien zu bereisen; auch war ich in einem Teile Italiens, Frankreichs und Spaniens; in England war ich 1½ Jahre. Einige der größten Zirkusse, wo ich engagiert war, sind: Zirkus Herzog, Schumann, Carré, Salomonsky usw. Ein Nervenleiden, zwei Stürze und eine Stichverletzung durch den rechten Oberarm, bei der Muskeln und Hauptnerven durchschnitten wurden, haben mich meinem Metier entfremdet; heute kann ich es nicht mehr ausüben. Meinen Unterhalt habe ich seitdem durch Kolportage verdient; da ich niemals rechte Papiere besessen habe, so konnte ich mir auch keinen Gewerbeschein verschaffen und mußte mich auf kleine Artikel beschränken. Vorbestraft bin ich noch nicht, außer wegen Hausierens ohne Schein, Mangel an Papieren usw.

Über den Strafvollzug — er erhielt ebenso wie die andern 17 Jahre Zuchthaus — und sein weiteres Leben ergab sich folgendes:

Er hat sich im Strafvollzuge gut geführt, wurde mit der Vergrößerung von Photographien beschäftigt, war aber stets sehr verschlossen. Nach 3—4 Jahren wurde er immer schweigsamer und mißtrauischer, verließ z. B. seine Zelle nicht, ohne sorgsam nachzusehen, ob sie auch verschlossen werde; wechselte dann oftmals seine Eßschüssel mit der eines andern Gefangenen aus — heimlich, ohne daß dieser es bemerkte — äußerte zunächst nur vage Vergiftungsfurcht, bekam dann — Ende des 4. Jahres — mehrmals impulsive, ganz grundlose Wutanfälle' beschwerte sich dann zuweilen beim Direktor und bat, man möge alles in seiner Zelle revidieren, man möge sich überzeugen, daß er nichts Unerlaubtes darin verborgen halte, und bot noch andere indirekte Anzeichen dafür, daß er stark halluzinierte. In Céry konnte festgestellt werden, daß er seit dem 4. Jahre seines Aufenthaltes im Zuchthause dauernd akustische Halluzinationen und Pseudohalluzinationen gehabt hatte, zwei Arten von Inhalten: die einen versicherten ihn, der Staatsrat habe ihn begnadigt; die andern beschuldigten ihn der Lüge vor Gericht — beides in den mannigfachsten Variationen. Zu der Verwertung dieser halluzinatorischen Inhalte in paranoiden Urteilen — im Sinne des Begnadigungswahnes und der Verfolgungsideen wider seine Wärter, die ihn fälschlich der Lüge vor Gericht bezichtigten, um seine Entlassung zu hintertreiben — traten noch viele hypochondrische Inhalte hinzu; er wählte seine Kost nach einem verschroben-komplizierten System aus, klagte über alle



möglichen Schmerzen und erdachte sich ein Waschzeremoniell zu ihrer Linderung, fand weiße, kleine Flocken im Urin usw. Endlich traten immer deutlicher echte paranoide Vergiftungsvorstellungen in die Erscheinung: man wolle ihn aus der Welt schaffen, um seine Angelegenheit los zu sein; die Mitgefangenen hätten ein Komplott unter Leitung der Wärter gegen ihn; ständig lege man alle Vorkommnisse im Zuchthause ihm zur Last usw.

So geneigt man sein könnte, diesen Begnadigungswahn und was sich um ihn herumrankt, als exogen erwirkten psychotischen Zustand im Strafvollzuge zu bewerten — wir kennen viele inhaltlich gleiche Psychosen im Strafvollzuge, die nach vieljähriger Dauer und trotz ihrer symptomatischen Ähnlichkeit mit chronischen Paranoien dennoch nach der Beendigung des Strafvollzuges verschwanden —, so hat es sich bei Doree doch um eine paranoide Demenz gehandelt, deren Inhalte nur durch seine Gefangenschaft besonders gefärbt waren. Er wurde in Céry nicht gesund, sondern halluzinierte dauernd weiter, behielt seine Wahnideen unverändert bei und übertrug sie nur auf seine neue Umgebung, schloß sich mehr und mehr von der Außenwelt ab, wurde immer apathischer, stumpfer und gefühlsleerer und glich zuletzt den typischen paranoiden Endzuständen, als er infolge einer Herzinsuffizienz plötzlich verstarb. Eigene Äußerungen über sein Vorleben tat er weiter nicht; nur gab er für die Zeit, wo er „hausierte", also für seine Verbrecherzeit, einen sehr beträchtlichen Schnapskonsum zu sowie den täglichen Genuß von 4—6 l Bier.

Der dritte Verbrecher der Bande, derjenige, dem die nachstehenden Darstellungen eigentlich gelten, wurde in seiner Identität als Otto Respel erst viel später festgestellt. Damals gab er dem Untersuchungsrichter an, er heiße Kobatsch, Christof, Sohn von Christof und Josefine Kobatsch aus Passua in Syrmien (Kroatien), geboren am 10. Mai 1870, von Beruf Zirkusstallmeister. Seine Eltern seien, wie er, Zirkusangestellte gewesen; ob sie noch leben, wisse er nicht, er habe sie vor 10 Jahren verlassen. Eine Schule habe er nie besucht, er könne kaum lesen und schreiben; er sei durch Ungarn, Serbien, Rumänien und Bulgarien gezogen, immer als Zirkusangestellter, habe in Venedig und Triest längere Zeit gelebt, sei 1893 über Venedig, Mailand und Genua nach Barcelona gegangen und habe sich nach Marseille eingeschifft, wo er bis zum August 1895 ein Engagement als Zirkusangestellter gehabt habe. Papiere habe er nie besessen. Eine Nachprüfung seiner Angaben wird durch deren Unbestimmtheit sehr erschwert. Dieser Christof Kobatsch besaß bereits mehrere Strafregister in der Schweiz, und zwar unter dem Namen Emil Rosch aus Leipzig, Oskar Fleck aus Herzfeld in Sachsen und Schimmel. Außerdem war er den verschiedenen Polizeibehörden bekannt unter den Namen Max Walter, Zedenberg, Fastner, Dertal, Reiniger, Wendelin und Respel. Sicher wurde seine Identität erst kurz vor dem Jahre 1903 ermittelt.



Es zeigte sich ferner bei polizeilichen Ermittlungen, daß die drei Verbrecher sich schon seit langem kannten. So wurden im Dezember 1890 Garschagen und Kobatsch, damals unter dem Namen Fleck, im Kanton Obwalden, verhaftet und zu vierjähriger Landesverweisung verurteilt. Im Oktober 1894 verhaftete die Polizei von Schwyz zusammen Garschagen und Doree — letzteren unter dem Namen Kummer. Im Dezember 1894 wurden Garschagen und Doree ausgeschrieben wegen gemeinsamer Diebstähle im Kanton Aargau. Im Juni 1895 fahndete die Polizei des Kantons Wallis auf drei Individuen, deren Signalement auf Garschagen, Doree und Kobatsch paßte, als die Urheber verschiedener Einbruchsdiebstähle, begangen auf den Bahnhöfen Sitten, Riddes und Martigny.

Die Prozeßverfahren. — Es folgten sich nun folgende Verurteilungen:

Im April 1896 verurteilte das Kommunalgericht des Kantons Waadt zu Lausanne die drei Einbrecher zu je 17 Jahren Zuchthaus. Dann wurden Garschagen und Kobatsch an den Kanton Zürich ausgeliefert. Am 1. Juni 1896 verurteilte das Bezirksgericht zu Andelfingen Garschagen und Kobatsch wegen eines Einbruchsdiebstahls im Stationsgebäude zu Marthalen, begangen am 15. Mai 1895, zu 10 Monaten Arbeitshaus. Hier hieß Kobatsch „der Franzose" oder Schimmel. Ein gelegentlicher Mitarbeiter hatte die beiden verraten. Ferner brachten es diese Verurteilungen mit sich, daß Kobatsch noch nachträglich vor Gericht gestellt wurde wegen eines Einbruchsdiebstahls, begangen ebenfalls in Gemeinschaft mit einer Bande schon 1891 im Kanton Glarus, dessen andere Urheber schon teilweise längst verurteilt waren. Infolgedessen wurde Kobatsch im Februar 1897 vom Kriminalgericht des Kantons Glarus zu 1½ Jahren Zuchthaus verurteilt.

Seit dem Jahre 1902 strebte Kobatsch, wie aus den Akten hervorgeht, eine Aufhebung des Lausanner Urteils, das er vorher angenommen hatte, und eine Wiederholung des Prozesses an. Die Verhöre, die sich ins Jahr 1903 hinzogen, förderten zunächst den wahren Namen und die Personalien Kobatschs zutage. Er mußte zugeben, daß sein wahrer Name Otto Respel sei, geboren am 14. Oktober 1869 zu Herzberg an der Elster, was durch Nachfrage beim Ortsgeistlichen bestätigt wurde. Respel gab an, er sei gar nicht an dem Verbrechen von La Sarraz beteiligt gewesen; er könne sein Alibi dadurch erbringen, daß er sich schuldig bekenne, an dem gleichen Tage, an dem der Einbruch in La Sarraz stattfand, in Grenchen im Kanton Solothurn einen Einbruchsdiebstahl begangen zu haben.

Tatsächlich hatte in Grenchen in der Nacht vom 16. zum 17. Oktober, also in der gleichen Nacht, in welcher der Diebstahl in Croy stattfand, und vier Nächte vor dem Einbruch in La Sarraz, ein Einbruchsdiebstahl stattgefunden. Aus den Vernehmungen geht etwa folgendes hervor: Wahrscheinlich hat Doree den Diebstahl in Grenchen begangen, und zwar mit einem Zweiten. Dieser Zweite war in Bern im Gasthaus



zum Schlüssel, das eine Art von Treffpunkt und Standquartier für unsere Bande und ihre gelegentlichen Helfer war, aufgefunden worden. Er scheint unter dem Namen Schneider, der kleine Berliner, gegangen zu sein. Respel hingegen gab an, er selber habe den Diebstahl begangen, und zwar mit einem Zweiten, dem er die Bezeichnung: der Badenser, der Schwarze, einmal auch der Gelbe beilegt. Dieser habe den Einbruch verübt, Respel habe Schmiere gestanden. Dann seien sie zusammen nach Bern gegangen, und dort habe der Badenser die erbeuteten Sachen versetzt, habe ihn im Stiche gelassen und sei auf Nimmerwiedersehen verschwunden. Er selber habe nach vergeblichem Warten im Gasthause zum Schlüssel dort den Doree getroffen und den Diebstahl in Yverdon mitgemacht, d. h. also, er sei erst gemeinsam mit Doree in dem berühmten Heuschober zu Garschagen gestoßen, als der Einbruch in La Sarraz schon geschehen war.

Diese Darstellung Respels bewies natürlich gar nichts gegen seine Teilnahme an dem Einbruch in La Sarraz. Denn einmal fand der Diebstahl zu Grenchen vier Tage vorher statt, zweitens war Doree sicher in La Sarraz beteiligt; er hatte ja die Hiebe von dem Bahnhofsvorsteher bekommen; mithin ist Respels Aussage über die Zusammenkunft mit Doree in Bern unwahr. Andrerseits ist so gut wie sicher auszuschließen, daß er den Einbruchsdiebstahl in Grenchen, dessen er sich beschuldigte, verübt haben kann. Denn er wurde von einem Zeugen als Teilnehmer an dem Diebstahl in Croy, der am selben Tage lag, wiedererkannt. Wahrscheinlich verdankt Respel seine Kenntnis der Einzelheiten dieses Diebstahls den Erzählungen seines Freundes Doree und dachte sich diese nutzbringend zu machen, um mittels einer leichteren Strafe von der schweren, die für die Tat von La Sarraz verhängt worden war, freizukommen. Trotz dieser Sachlage schenkte das Gericht den Selbstbezichtigungen Respels Glauben.

Auf Grund dessen wurde Respel am 22. Januar 1904 wegen des Einbruchsdiebstahls in Grenchen zu 2 Jahren Zuchthaus verurteilt. Kaum war dieses Urteil ausgesprochen, so gab Respel an, er habe sich an dem Diebstahl in Grenchen nicht beteiligt. Diese Behauptung von ihm sei nur ein „Manöver" gewesen, um einen Alibibeweis für La Sarraz zu erbringen. Das Tribunalgericht, die Revisionsinstanz, verwarf jedoch sein Revisionsgesuch sowohl für sein Delikt in La Sarraz als auch für den Diebstahl von Grenchen mit der Begründung, daß Respels Angaben so unglaubwürdig seien und bloß den Zweck hätten, ihn von der Strafe zu befreien, daß aus ihnen ein Gegenbeweis gegen seine Täterschaft nicht entnommen werden könnte.

Wirkung des Strafvollzuges. — Seit dem Jahre 1900 scheint Respel die Gefangenschaft nicht ohne psychische Schädigung ertragen zu haben. Im Jahre 1903 richtete er an den Gerichtspräsidenten von Solothurn folgenden Brief:



„Geehrter Herr! Ich möchte Ihnen möglichst ersuchen die Zeit so viel wie möglich zu verkürzen und meine Sache zu beschleunigen, denn ich halte es nicht mehr aus unter den Ratten. Die eine nagt mir an meinen Zehen, und eine andere reißt mir die Haare aus und eine andere kratzt mir die Waden auf. Ich habe schon keine Haare mehr auf dem Kopfe und was soll daraus werden und wenn sie mich fressen? Ich möchte Ihnen ans Herz legen, Herr Präsident, daß ich versprochen habe, Ende dieses Monats einen theologischen Vortrag im Politechnikum zu halten und bitte Ihnen deshalb, meine Sache zu beschleunigen. Wenn die Leute nicht bald eingestehen wollen, daß sie falsch ausgesagt haben, so lassen sie ihnen nur kommen, die können nicht ihre Aussagen beschwören. Im Waadland hat man mich unschuldig verurteilt. Ich ersuche Ihnen deshalb höflichst, die Sache so bald als möglichst zun erledigen. Hochachtungsvoll unterzeichnet Ihr sehr ergebener Diener Respel.

Wollen sie nicht so gütigst sein und mir einen Säbel erlauben, damit ich mir verteidigen kann."

Begutachtung. — Am 2. November 1903 wurde Respel behufs Beobachtung seines Geisteszustandes der Kantonalen Heil- und Pflegeanstalt in der Rosegg zugewiesen und verblieb hier bis zum 24. November.

Aus dem Gutachten erfahren wir, daß Respel kurz nach dem Rattenbrief sich im Gefängnis geäußert hatte, die ganze Zimmerdecke bewege sich, er sehe Ratten, Reiter, fliegende Gestalten, die ihn verfolgten: er sprang deshalb aus dem Bett und rannte in der Zelle herum. Was in Rosegg die Anamnese ergab, deckt sich mit den uns gemachten Angaben. Wichtig ist hingegen das, was das Gutachten über das psychische Verhalten des Respel mitteilt. Dies war ein sehr wechselvolles. „Gleich nach seiner Ankunft in der Rosegg behauptete er, nicht mehr zu wissen, wann er geboren sei, er glaube 1816. Bald darauf, nachdem er sich die im Beobachtungszimmer anwesenden Patienten angesehen hatte, ahmte er in auffallender Weise die sonderbaren krankhaften Stellungen des einen Pfleglings nach. Während des Examens gab er aber über alles genügend Bescheid, jede Frage wurde sofort und ohne weiteres Besinnen richtig beantwortet. Am Abend des 4. November benahm sich Respel, während ihm der Oberwärter zuschaute, genau so wie ein aufgeregter Melancholiker, der sich in einem ihm gegenüberliegenden Bette befand. Wie dieser warf er die Hände herum, winselte und jammerte. Auf Befragen sagte er dann, er wisse ja gar nicht, daß er unruhig gewesen sei, sein Gedächtnis sei so schlecht, deshalb habe er sich bei den verschiedenen Verhören in Lausanne so häufig widersprochen und sich dabei „in die Patsche hineingeritten". Besonders über die Zeit sei er sich im unklaren, Tag und Stunde habe er vergessen. Bei der nächstfolgenden Visite wußte er aber genau, daß er im hiesigen Untersuchungsgefängnis nicht allein in der



Zelle schlafe, es war ihm auch bekannt, an welchem Tage und mit wem er hierher gekommen sei."

„Am 7. gab er sich uns gegenüber als ausgesprochener Anarchist aus; er wolle vom Kaiser nichts wissen, die Leute, die man zum Dienste zwinge, seien nur Kanonenfutter für die Großen, welche nach Gutdünken stehlen und morden. Ein Krieg wäre schon längst ausgebrochen, wenn die Großen nicht vor den Anarchisten Furcht hätten. Auch in der Schweiz würden die Schwachen überall von den Mächtigen verfolgt und unterdrückt. So sei es auch ihm gegangen; er sei grundlos grob und roh behandelt worden."

„Sein Blick blieb stets unstät und lauernd; auch machte er, wenn er sich beobachtet glaubte, mit Vorliebe gemessene, sehr langsame Gesten, glaubte er sich aber unbeobachtet, so konnte er sich sehr schnell und flink drehen und wenden."

„Bei einer Unterredung sagte er, daß er seine Diebstähle gar nicht bereue, das Geld gehöre ja allen, und er habe als Anarchist das Recht, solches sich anzueignen, ohne das Gesetz zu achten, das doch nur für die Mächtigen gemacht worden sei. Von Geburt sei er lutherisch, später in Österreich habe ihm der katholische Kultus imponiert, jetzt wolle er von der Religion überhaupt nichts mehr wissen; höchstens könne er zugeben, daß er ein Feueranbeter sei. Am 10. November kopierte er neuerdings einen Patienten, diesmal einen querulierenden Verrückten, der an Verfolgungswahn leidet, in Blick und Haltung. Dabei äußerte er, dieser Mann dürfe mit Recht schimpfen; ihm sei es in Lausanne ganz gleich ergangen, indem die Zeugen über ihn falsch aussagten und die Richter ihn schuldlos verurteilten." Als sehr wichtige Bemerkung findet sich sodann, daß Explorand einige Tage vor einer Exploration, in der er seine Schuld in La Sarraz absolut bestritt, einem ihn beaufsichtigenden Wärter erzählt habe, er sei während des Diebstahls in La Sarraz in gleicher Weise wie in Grenchen Wache gestanden.

„In den letzten Tage keine Versuche mehr, das Benehmen und die Äußerungen unserer Kranken nachzuahmen. Die Hauptklagen bestanden in Störung der Zimmerruhe von seiten der Patienten, dann in körperlichen Beschwerden, die bald dieses, bald jenes Organ betrafen, aber ebenso rasch wieder verschwanden, wie sie gekommen. R. machte sich offenbar über die verschiedenen Fragen, die an ihn gerichtet wurden, seine Gedanken und versuchte sogar direkt zu erfahren, was seine Mitschuldigen eigentlich in der jüngsten Zeit ausgesagt hätten. Erneute Prüfung seines Gedächtnisses, seines Vorstellungslebens, seiner Urteilsfähigkeit ergab nur normale Verhältnisse. Er weiß ganz genau, wo er ist, wann er hierher gebracht wurde, und zu welchem Zweck wir uns mit ihm unterhalten. Bei allen verfänglichen Fragen versteht er es geschickt, das Gespräch abzubrechen oder auf ein anderes Thema zu leiten. Auch betont er jetzt weit mehr wie früher den Umstand, daß er doch unmöglich gleichzeitig



an 2 Orten hat stehlen können, und daß er schon deshalb im Waadtlande unschuldig verurteilt worden sei."

„Am 17. November behauptet Respel, daß er körperlich senr schwer krank sei, er fühle, daß er sehr bald sterben müsse, und dadurch gehe seine Entdeckung, über die er mir noch nie, dagegen unserem Assistenzarzt berichtet hat, für die Menschheit verloren. Unter dieser Entdeckung versteht er ein noch nicht fertiggestelltes hölzernes Rad, welches immer gehe, und das er in einem Walde des Kantons Aargau verborgen hätte. Als ich ihm zur Antwort gab, daß er im Gegenteil sehr gut aussehe, an Körpergewicht zugenommen habe, gesunde innere Organe besitze, änderte er von nun an sein bisheriges Verhalten. Über seinen hiesigen Aufenthalt ist er ganz unzufrieden, er möchte aufstehen, er sei gar nicht krank. Ratten habe er zwar im Untersuchungsgefängnis gesehen, daß aber dieselben ihn in Lebensgefahr brachten und gebissen hätten, davon sei kein Wort wahr."

„Über die dortigen Zellenwände beklagt er sich, weil sie faktisch defekt gewesen seien und möglicherweise herunterstürzen könnten. Er habe bei uns in der Rosegg nichts mehr zu schaffen, fühle sich ganz wohl, dagegen falle es ihm gar nicht mehr ein, darauf zu beharren, daß er betreffs Grenchen die Wahrheit gesprochen habe, dadurch werde er ja noch mehr bestraft. Er verlangt jetzt, vor das Schwurgericht gebracht zu werden. auch müsse man den „Badenser" als Zeugen ausfindig machen und vorladen, ebenso die sämtlichen Zeugen usw."

Das Gutachten nimmt eine Simulation von psychischen Krankheitserscheinungen an, die sich darin zeigt, daß er die Symptome von Kranken seiner Umgebung nachmacht, und die den Zweck hat, nicht sowohl ihn von der Strafe frei zu bringen als vielmehr ihm Gelegenheit zu geben, aus der Irrenanstalt auszubrechen. Ferner sagt der Gutachter: „R. hat sich wohl infolge seiner mangelhaften Erziehung und der unglücklichen Umgebung, in der er sich von frühester Jugend an befand, zu einem Gewohnheitsverbrecher entwickelt. Seine Ansichten über das, was erlaubt ist und was nicht erlaubt ist, sind trotz gut erhaltener Intelligenz vollständig getrübt; er hat den Sinn für die Achtung vor dem Gesetz durchaus verloren, dabei ist er aber in Wirklichkeit überzeugt, daß er und seine Gesinnungsgenossen im Recht sich befinden. Für die Richtigkeit dieser Überzeugung steht er mit seiner ganzen Persönlichkeit ein. Er glaubt wirklich, daß er von seiten der Mächtigen und Großen verfolgt werde, und daß er das Recht habe, gegen diese gewaltsam aufzutreten. Bei oberflächlicher Prüfung könnte man deshalb mit Bestimmtheit glauben, daß man es mit einem Individuum zu tun habe, das an Verfolgungswahn leidet. Berücksichtigen wir aber die Tatsachen, daß diese bei R. zur Geltung kommende Überzeugung eine außer ihm liegende objektive Grundlage, nämlich die verschiedenartige soziale Stellung der Menschen untereinander, besitzt, so fällt der Unterschied mit der Wahn-



vorstellung, die nur einem krankhaften subjektiven inneren Grunde ihre Entstehung verdankt, sofort in die Augen."

Der Tenor des Gutachtens lautet folgendermaßen:

„1. Weder bei der Ausführung der verbrochenen Handlungen noch im gegenwärtigen Moment befand oder befindet sich Respel in einem Zustande krankhafter Störung seiner Geistestätigkeit, durch welche seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

2. Infolge seiner mangelhaften Erziehung und der schlechten Umgebung, in der er sich seit frühester Jugend befand, ist R. nicht mehr imstande, die volle Strafwürdigkeit seiner Handlungen einzusehen."

Gefängnispsychose. — Am 12. November 1904 richtete der Direktor des Zuchthauses an den Staatsrat und Chef der Justiz- und Polizeiverwaltung des Kantons Waadt einen Brief betreffend die Herausnahme Respels aus dem Strafvollzuge. Dem Schreiben sei folgendes entnommen [1]): „Seit seiner Einverbringung ins Zuchthaus zu Lausanne protestiert Respel gegen seine Verurteilung ..... und weigert sich unter zahlreichen Vorwänden, irgendeine Arbeit zu tun. Alle Versuche, ihn zu beschäftigen, waren erfolglos. Bis auf diese Trägheit war seine Führung anfänglich nicht schlecht. Später machte er zu verschiedenen Malen Eingaben und Revisionsgesuche, stets ohne Erfolg. Im Juli oder August schien er von Geisteskrankheit befallen zu sein. Ich hatte bereits seine Überführung in die Anstalt Céry angeordnet, als er plötzlich in der Nacht vom 12. zum 13. August einen ernstlichen, planvollen Ausbruchsversuch anstellte. Er verbüßte dafür eine 14tägige Arreststrafe, wurde in Einzelhaft gelegt und arbeitete nach wie vor so wenig wie möglich.

Am 12. März 1903 wird er mit 6 Tagen Kerker bestraft wegen Arbeitsverweigerung. Am 8. August 1904 zertrümmerte er die Möbel in seiner Zelle und beleidigte die Autoritäten: 8 Tage Kerker. Am 6. September 1904 zerstörte er wiederum das Mobiliar seiner Zelle: 8 Tage Kerker. Am 25. Oktober 1904 ständige Arbeitsverweigerung: 8 Tage Kerker. Während der Verbüßung derselben verweigert er jegliche Nahrung. Am 16. November wirft Respel, angeblich weil ihm kein Lohn gutgeschrieben sei, wieder seine Arbeit hin. Der Aufforderung, mit ins Direktionszimmer zu kommen, folgt er zunächst scheinbar, rennt dann aber plötzlich in den allgemeinen Arbeitsraum, ergreift, ehe es jemand verhindern kann, ein Bund Stroh, zündet es am Ofen an und schleudert es auf einen Haufen verarbeiteten Strohs. Im folgenden Verhör erklärt er, das Zuchthaus müsse brennen, er werde es noch einmal anzünden, die Richter und die Behörden seien alles Schweine usw." Der Direktor fährt fort: „Ist Respel ein aufgehetzter Mensch, ein Geisteskranker, ein Simulant? Die Frage kann nur durch Anstaltsbeobachtung entschieden werden. Jedoch müßte er während derselben einer strengen Überwachung unter-

[1]) Im Original französisch.



stellt sein; nicht so sehr wegen seiner Gemeingefährlichkeit — er ist vielmehr schlapp und großmäulig — als weil er die erste sich bietende Gelegenheit zur Flucht ergreifen wird."

Respel wird daraufhin in die kantonale Anstalt in Céry überführt und verbleibt dort vom 23. November 1904 bis zum 4. Mai 1905. Die Diagnose lautet: Psychopathia constitutionalis. Am Ende seines Aufenthaltes wird er „in eine preußische Anstalt verbracht".

Aus der Krankengeschichte von Céry sei erwähnt: Beim Eintritt erzählt er, er sei fälschlich wegen Raubmordversuchs verurteilt worden, weil ihn einer der Beteiligten irrtümlicherweise für einen andern, einen gewissen Respel, gehalten habe. Er sei aber gar nicht der Respel, er kenne diesen Menschen gar nicht. Er heiße Wendeli. Später gibt er immerhin die Möglichkeit zu, daß seine Mutter in irgendeiner Beziehung zu einem Respel gestanden habe — aber das gehe ihn doch nichts an. — Ruft man ihm nun plötzlich und überraschend den Namen Respel zu, so reagiert er darauf; dann ärgert er sich und nimmt sich zusammen, um indifferent zu erscheinen. Von Beginn seines Aufenthalts an ißt er nur Brot, und auch das nur, wenn er es sich selber schneiden darf; gibt man ihm welches, so wirft er es in die Ecke. Der Schlaf war schlecht und aufgeregt; er litt an beunruhigenden Träumen. Zeitweise verweigert er überhaupt die Nahrung und äußert Vergiftungsfurcht: es sei etwas in der Suppe gewesen, davon habe er Leibschmerzen bekommen. Nach der Sondenfütterung ißt er dann wieder, wird ruhiger, bleibt aber ständig mißtrauisch. Im Januar 1905 Rückfall; ißt nicht, wird mutazistisch. Dann allmähliches Freierwerden; bessere Stimmung; beginnt zu arbeiten und sich zu unterhalten.

Weitere Schicksale Respels. — Respels Überführung geschah in die Rheinische Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Merzig. Dort war er vom 4. Mai bis zum 19. Oktober 1905, an dem er als geheilt entlassen wurde.

Der Krankengeschichte entnehmen wir: Von Anfang an war er freundlich, fleißig bei der Arbeit und geordnet in seinem Benehmen. Er klagte viel über Kopfweh, Appetit- und Schlaflosigkeit, Verstopfung usw. Außerdem habe er eine ständige Furchtempfindung, sie befalle ihn manchmal mit einem kalten Schauer, wie wenn er in Wasser getaucht würde. Er fürchte, daß er, wenn er als gesund entlassen werde, für alles werde verantwortlich gemacht werden, was andere verbrächen. Er hätte Zeugen dafür, daß er vor 10 Jahren unschuldig wegen Raubes verurteilt worden sei. Im Zuchthause sei er seiner Revisionsbestrebungen wegen vom Direktor und von den Mitgefangenen schikaniert worden. Er hätte des öfteren verlangt, man solle ihn hypnotisieren und dann in der Hypnose ausfragen; da müsse er ja die Wahrheit sagen. Er hätte noch in Céry immer gefürchtet, man wolle ihn vergiften, um endlich Ruhe vor ihm und seinem Prozeß zu haben.



Seit er wieder in Deutschland sei, habe er diese Furcht nicht mehr, höre auch seitdem keine Stimmen mehr.

Daß der Zuchthausdirektor ihn habe vergiften lassen wollen, habe er daran bemerkt, daß ihm aufregende Sachen ins Essen geworfen worden seien, so daß er heftig an die Onanie gekommen sei. Als er eine Untersuchung der Sache beantragt hätte, sei „das Manöver des Nachts angefangen". Der Zuchthausdirektor hätte das alles veranlaßt auf Befehl des Kantons Waadt, weil dieser nicht die „Hypnotose" habe in Anwendung bringen wollen. Er habe vorgeschlagen, daß diese ins Staatsleben eingeführt werde, daß die hohen Beamten, bevor sie in ihr Amt einträten, der Hypnose unterzogen würden: auf diese Weise käme ihre wahre Natur ans Tageslicht, und es würde verhütet, daß notorische Lumpen und Schurken, wie jetzt, in solche Ämter gelangten.

Er wird nach einwandfreier, geordneter Führung in die Freiheit entlassen. Die Diagnose lautet: Paranoia.

Zunächst dauert nun freilich sein Aufenthalt in der Freiheit nicht länger als 6 Wochen. Vom 28. November 1905 an ist er bereits wieder in einer geschlossenen Anstalt, und zwar erst 14 Tage lang in der Anstalt Cöln-Lindenburg und sodann bis zum 17. Juli 1906 in Bonn. Respel war nämlich von Merzig aus nach Cöln gegangen in der Hoffnung, dort eine Stelle zu finden. Das mißglückte ihm, er hungerte; und nun schrieb er folgenden Brief an den Oberbürgermeister: Wenn er keine Arbeit finden könne, so sei er genötigt, einen Einbruchsdiebstahl zu begehen; und wenn ihm dabei einer entgegenträte, so werde er ihn ermorden: er handle in Notwehr. Kaum sei er hier und bemühe sich um ehrliche Arbeit, so stelle man ihm einen Fuß. Man wolle wohl, er solle sich an einer Kleinigkeit vergreifen, damit man ihn ins Zuchthaus oder Irrenhaus stecken könne. Dann begehe er lieber gleich etwas Rechtes. Er wird daher auf Befehl des Polizeipräsidenten in die Irrenanstalt verbracht.

Aus der Krankengeschichte (Cöln): Er gibt an, er habe keine Arbeit finden können, sei dadurch ängstlich und erregt geworden und habe in dieser Verfassung den Drohbrief geschrieben.

Er hält an seinen alten Ideen, daß er im Zuchthause vom Direktor, den Aufsehern und den Mitgefangenen schlecht behandelt worden sei, fest. „Schwachsinniges Verhalten mit paranoischen Wahnideen, die in ihm die Neigung zu unsozialem Verhalten wachhalten. Vorübergehende Zustände von Angst und Erregung."

Nach der Krankengeschichte bot er später nichts Abnormes oder Auffallendes, war ruhig, geordnet und arbeitsam. Diagnose: nicht geisteskrank, moralischer Schwachsinn.

Am 14. November 1910 fragt die Staatsanwaltschaft beim Landgericht Darmstadt an, ob sie die Akten Respel von allen in Frage kommenden deutschen Irrenanstalten einsehen könnte. „Es ist der Verdacht auf ihn gefallen, der Täter des bis jetzt noch nicht aufgeklärten Raub-



mordes in Dorndiel (10. 5. 1910) zu sein." Respel war hiernach also mindestens 4 Jahre in Freiheit. Der Verdacht des Raubmordes bestätigte sich nicht, Respel konnte ein Alibi erbringen und wurde außer Verfolgung gesetzt.

Am 18. 9. 1910 soll Respel in mehreren Häusern in Aschaffenburg gebettelt haben. Er erhielt einen Strafbefehl von 4 Wochen Haft. Auf seinen Einspruch hin, der jedes Betteln leugnete, kam die Sache vors Amtsgericht, und am 11. Oktober 1910 wurde er zu 2 Wochen Haft und Überweisung an die Landespolizeibehörde verurteilt. In der Begründung dieser für ein erstes Betteleidelikt in Deutschland relativ harten Strafe wird ausdrücklich auf seine Vergangenheit Bezug genommen: er sei ein „sicherheitsgefährlicher Gewohnheitsverbrecher".

Es ist nun interessant, wie Respel auf diese Bestrafung reagiert. Am 14. Oktober heißt es in den Akten: Verweigert seit dem Urteil alle Nahrung, ist anscheinend geistesgestört. Er verfaßt eine Eingabe an die Staatsanwaltschaft, in der es heißt: „Amtsanwalt und Gerichtspräsident kenne ich schon lange, schon 25 Jahre. Beide sind zwei alte Flederer, Kümmelblättchenspieler und Spitzbuben. Als ich noch ein junger Bursche war, wollten sie mir als Angel brauchen. Man sollte nicht glauben, daß es möglich wäre, daß ein solcher Mensch wie der Gerichtspräsident noch einen solchen Posten kriegen kann, ein solcher Drecksack der sich mit wichtig getan hat, daß er in Spanien die Esel genotzüchtigt hat ..... ich stelle Klage wegen Meineid und Anstiftung und Verleumdung ....."

Er wird daraufhin gerichtsärztlich untersucht. In dem Gutachten des Gerichtsarztes heißt es: „Respel verhält sich ruhig und gemessen, macht aber auf den Laien den Eindruck eines geistig nicht normalen Menschen. Beim Spaziergang im Gefängnis nimmt er stramme Haltung ein und macht Stechschritt, schaut oft lange Zeit lauschend in die Höhe, wie wenn er Stimmen höre. Er fällt auf durch große Gedächtnisschwäche, weiß aus seinem Leben nur sehr wenig zu erzählen, weiß nicht mehr anzugeben, in welchen Strafanstalten er seine Zuchthausstrafe verbüßt habe, und wie lange diese dauerte. Sein Erinnerungsvermögen ist ein sehr trügerisches; er behauptet mit aller Sicherheit, fremde Personen zu kennen. Seine Intelligenz ist eine sehr schwache, sein Urteil sehr gering. Er schwätzt endlos ein einfältiges Zeug, das mit Phrasen und kranken Gedanken gespickt ist. Aus seinen Zuschriften an die Staatsanwaltschaft sind deutliche Verfolgungs- und Größenideen zu erkennen. ..... § 51 muß ihm zugebilligt werden. Er war schon geisteskrank zur Zeit des Delikts. Als gemeingefährlich ist er nicht zu erachten." Eine Diagnose wird nicht gestellt.

Daraufhin erfolgt im zweitinstanzlichen Urteil die Freisprechung.

Am 3. Februar 1911 wird er in Mannheim polizeilich wegen Bettelns sistiert. Er gibt das dem Gendarmen auch zu. Am nächsten Tage vorgeführt, gesteht er ebenfalls. Als er aber daraufhin 14 Tage Haft erhält,

beginnt er zu bestreiten. Er habe die Bettelei nur zugegeben, weil er hoffte, mit drei Tagen durchzukommen. Er stürzt plötzlich zum Richtertisch hin und spuckt den Richter an.

Erhebungen lassen den Bettel als zweifelsfrei erscheinen.

Während der Strafverbüßung schreibt Respel folgenden Brief, in absichtlich ungeschickten Schriftzügen und krummen Zeilen: „Dem Amtsgericht möchte ich noch bitten, daß hauptsächlich Eulenburg geladen wird denn seitdem der in Potsdam ist fängt wieder die Schweinerei an wohin ich auch komm beeinflußt er die Polizei ich weiß gar nicht was er von mich will ich kenn doch den Kerl gar nicht dann möchte ich noch Herrn Siemens aus Leipzig laden lassen der Soll ihn mal hipnotesieren dan wird sich schon herausstellen was das für ein Kerl ist. Her Siemmenz ist eine Autorität auf diesem Gebiet der wird schon mit dem Eulenburg fertig werden. Wie kan den der immer die Polizei auf mich hetzen ich tu doch niemand was außerdem möchte ich noch Herrn Bebel und Herrn Harden als Sachverständige laden lassen denn wenn dieß nicht verstehn wer solls denn verstehn und dann möchte ich noch um einen Verteidiger bitten ich möchte bitten daß man mir Herrn Liebknecht stellt."

Da gleichzeitig Mitteilung erfolgte, daß Respel vom Landgericht Aschaffenburg exkulpiert worden war, ging die Sache an den Gerichtsarzt. Aus dem Gutachten desselben geht unter anderem folgendes Neue hervor: Respel höre jetzt nicht mehr Stimmen, wie früher in den Anstalten, leide jedoch an Angstzuständen. Die Schweizer Regierung habe die deutsche Regierung gegen ihn aufgehetzt. Die Aristokraten stecken alle unter einer Decke. Eulenburg regiere heimlich, der beeinflusse durch Hypnose die Polizei zu seinen Zwecken. Er (Respel) solle für alles, was passiere, den Sündenbock spielen. Auch die Großindustriellen gehören zu der Clique. Daher könne er nirgends dauernde Arbeit finden. Im Mannheimer Gefängnis habe man ihm Gift geben wollen, er habe deutlich den Jodanilingeruch wahrgenommen. Die Hypnose spüre er an einem Druck auf dem Kopfe. „Alle diese Wahnideen werden in konfuser, weitschweifiger Art vorgetragen, ohne jede gemütliche Reaktion. Respel leidet an einem Zustand von Schwachsinn mit Verfolgungsideen (paranoide Demenz) und ist im allgemeinen als unzurechnungsfähig zu bezeichnen."

Klinische Beobachtung. A. Allgemeines. — Daraufhin wurde Respel unter Aufhebung des Strafvollzuges am 1. März 1911 der Großh. psychiatrischen Universitätsklinik überwiesen. In ihr verblieb er bis zum 1. Juni 1911, damals wurde er in die Freiheit entlassen und hat sich bis zum gegenwärtigen Augenblick draußen gehalten.

Er war vom Eintritt in die Klinik an dauernd völlig korrekt und geordnet in seinem Verhalten, seine Aufmerksamkeit war leicht fixierbar, seine Auffassung prompt und sinngemäß. Seine geistige Spontanleistung war inhaltlich stets der Situation angemessen und formal gewandt und nicht ohne Mutterwitz. Sein Gedächtnis, in Einzelheiten nicht immer



treu, war im allgemeinen intakt, ebenso wie seine Merkfähigkeit. Seine Stimmung war gleichmäßig, seiner Lage angemessen, er zeigte eine natürliche Lebhaftigkeit und Anregbarkeit. Dabei war er stets bescheiden, unauffällig, half fleißig bei der Hausarbeit, trug nur eine etwas übertriebene Höflichkeit zur Schau. In seinen Mußestunden schrieb er seinen Lebenslauf und anderes; später arbeitete er an seiner „Erfindung", dem „mobile Perpetum".

B. Respels Selbstbiographie. — Um Wiederholungen zu vermeiden, lassen wir an Stelle der vielen Explorationen direkt die schriftliche Selbstschilderung seines Lebenslaufes folgen.

Geehrter Herr Doktor!

Da sie mir verlangten ich sollte meinen Lebenslauf aufschreiben, will ich Ihnen alles mitteilen was ich mir noch erinnern kann. Wie ich Ihnen schon gesagt habe bin ich aus Herzberg/Elster. Von meiner Geburt aus weiß ich nur, meine Mutter war mit den Damenschneider Emanuel Respel verheiratet der ihr aber bald wieder verließ. Nachdem sie mehr denn zwei Jahre getrennt lebten wurde ich geboren. Von meiner Mutter und von einem Verwandten weiß ich daß der Nadlermeister Wendeli welcher jetzt noch lebt mein Vater ist. Ich habe denselben öfters besucht, wo er mir dann erzählte, daß er mich als seinen Sohn anerkannt habe und mich auch auf seinen Namen im Geburtsregister habe eintragen lassen. In der Schule nannte man mich nach meiner Mutter ihren Mädchen Namen Fleck, später als meine Mutter wieder verheiratet war nannten mich die Leute sogar Reiniger weil meiner Mutter ihr Mann so hieß. Als ich meine 10 Wochen bei der Ersatzreserve abmachte, ließ mir der Kompaniechef rufen und frug mich, wie ich zu den Namen Fleck komme, ich hieße doch Respel ich habe das wohl bestritten, aber es half mir nichts von da ab nannte man mir bloß noch Respel, ich schrieb deshalb meiner Mutter, sie solle mir nur noch auf den Namen Respel schreiben. Darauf schrieb mir meine Mutter, aber Junge, wenn daß herauskommt daß du falschen Namen führst, dann wirst du schwer gestraft. Ich war also 23 Jahre alt und meine Mutter und ich haben nicht gewußt daß ich Respel heiße. In meiner Jugend wie in meiner Kindheit hatte ich eine Abneigung gegen alle Spiele hauptsächlich das Herumbalgen hat mir nie Spaß gemacht, hingegen das Herumstromern in Feld, Wald und Busch, das war mein größtes Vergnügen. Außerdem war ich sehr unruhig, so daß mir das ruhige Sitzen in der Schule eine Qual war, dennoch war der Lehrer sehr mit mir zufrieden auch wegen schlechten Betragens bin ich gar nie gestraft worden, wenn ich einmal einen Klapps bekam, so war es nur weil ich nicht ruhig sitzen konnte, in meiner Zensur hatte ich immer Betragen sehr gut, das Gegenteil war bei mir zuhause. Meine Mutter handelte mit Butter, Eier und Käse, den ganzen Tag hatte sie sich mit den Bauern herum ärgern müssen und schwere Körbe schleppen. Abends wenn sie zuhause kam war sie ärgerlich und dann gab es Krach in der Bude, da mußte ich



den meisten der Ärger ausbaden, hauptsächlich dann wenn jemand da war und fing vons Heiraten an, da tat meine Mutter gerade so als wenn ich dran schuld wäre daß ich geboren wurde, ich müßte auch schuld sein. daß sie sich nicht mehr verheiraten konnte. Wenn jemand vons Heiraten anfing dann habe ich mich ganz leise aus den Staub gemacht, denn sonst war es sicher daß ich Dresche bekam und meine Mutter konnte sehr grob sein was sie in die Hände bekam hatte sie dann auf mich drauf geschlagen. Wenn ich aber mal ein bischen krank war, dann fing sie an zu lamentieren, dann hätte man meinen können, sie wollte aus lauter Mutterliebe närrisch werden. Dennoch war meine Mutter eine sehr anständige Frau die Niemanden was in den Weg gelegt hatte, außer Grobheiten habe ich niemals von ihr ein schlechtes Wort von ihr gehört. Sie hat mich immer zum Guten angehalten. Der einzige Fehler war der, sie konnte keine Kinder erziehen, mein Onkel hatte ihr das oft gesagt.

Dem einzigen, dem ich viel zu verdanken habe war mein Onkel, der Bruder von meinem Vater, während mein Vater sich wenig um mich gekümmert hat, hat sein Bruder es suchen gut zu machen, ohne ihm würde ich vielleicht schon als Kind ausgeartet sein, denn man muß wissen daß ich den ganzen Tag mir selber überlassen war. Später hat meine Mutter wieder geheiratet und zwar einen rohen Patron der mich vielleicht zu todt geschlagen hätte wenn mein Onkel nicht gewesen wäre. Aus meiner ganzen Kinderzeit ist Niemand, der mir nachsagen könnte, daß ich jemals gestohlen hätte oder andere Kinder gemißhandelt hätte. Als ich die Schule verließ brachte mich meine Mutter zu einem Schuhmacher in die Lehre, obgleich ich heftig dagegen protestierte. Aber die Furcht vor ihren Mann ließ mir keinen anderen Ausweg; ich wäre so gerne Blumengärtner gewesen, ich hatte mir alles schon so schön ausgedacht wie ich einmal Besitzer von einem schönen Treibhaus sein werde und dann sollte ich Schuster werden. Meine Mutter sagte mir, da müßte ich erst Lateinisch lernen und das kostet viel Geld. Nun ja was ich damals als 14jähriger Junge verstanden, ich war noch nie aus dem Bauernstädtchen rausgekommen. Ich mußte also zum Schuster in die Lehre. Ich wäre schon gern die ersten paar Tage ausgerissen, so ganz ohne Geld wollte ich auch nicht gehen, oft habe ich für den Meister Schuhe fortschaffen wo es Trinkgeld gab auch für meine Mutter mußte ich oft des Abends noch Butter forttragen, wo es Trinkgeld gab. Daß habe ich mir alles zusammengespart, aber jedesmal wenn ich ein paar Groschen gespart hatte, kamen meine Kollegen und borgten es mir ab, ohne daß ich etwas wieder bekam, so verging über ein Jahr bis ich ausreißen konnte und zwar ganz ohne Geld denn meine Kollegen haben wir nie etwas wiedergegeben, den anderen Tag habe ich tüchtig Kohldampf geschoben bis ich nach Zerbst in Anhalt in eine Stockfabrik Arbeit fand wo ich 6 Monate blieb [1]). Da ich auch nur 7—8 Mark

[1]) 1884.

die Woche verdiente, und da habe ich mir gesagt es ist am besten **ich gehe nach Hamburg und werde Schiffsjunge**; aber das war nicht so leicht, denn dazu braucht man Geld zu der Ausrüstung und man muß auch die Heuerbase tüchtig schmieren können, aber mit was denn, wenn man kein Geld hat. Also mußte ich suchen auf einem Fischeber zu kommen, aber da hatte ich bald die Nase voll; denken sie sich das war so dieselbe Jahreszeit wie wir jetzt haben eine eisige Kälte im Sturm den ganzen Tag naß den ganzen Tag mit den Segel herumarbeiten und nichts rechtes zu essen. Nachdem der Sturm vorüber war haben wir gefischt, ich mußte das nasse Seil halten und die anderen zwei haben gedreht. Das Seil ist immer wieder zurückgeschnellt und mir die ganze Haut von den Fingern gerissen. Das dauerte so ungefähr 3—4 Wochen ich war froh wie ich wieder in Hamburg war von da bin ich nach Holland; über Groningen kam ich nach Amsterdam, Rotterdam, Antwerpen, Gent, Brüssel, Mons, Longwy, Metz, Bitsch; bei Bitsch habe ich gearbeitet als Holzfuhrmann. Dann bin ich nach der Schweiz, dann nach Lyon, Turin, Genua, Mailand, Venedig wieder nach der Schweiz dann nach Stuttgart, München, Passau, von hier aus bin ich mit einem Floß bis nach Wien, dann bin ich gelaufen nach Preßburg, Comorn, Budapest, Szegedin, Neusatz, Semlin, Belgrad, Allexinatz, Nisch, Sofia [1]); in Sofia haben wir

---

[1]) Hiervon gibt er bei anderer Gelegenheit noch folgende genauere Schilderung: „So ungefähr 1897 kam ich in die Kesselei (Kundenausdruck für die Schweiz), später nach Württemberg und Bayern, und bin dann von München nach Passau und von Passau nach Preßburg. Von da sind wir dann zu zweit getippelt, später kam noch ein Sachse dazu, und so kamen wir zu dritt nach Sofia. Ich wollte damals gern nach Jerusalem, ich war noch von der Kindheit her für das Religiöse, und ich hatte so ne Sehnsucht nach Jerusalem. Aber ich bin nicht weit gekommen. Betteln giebts dort nicht, so hab ichs natürlich nicht aushalten können. Und Flöhe gabs dort und Läuse, du meine Güte! — Ich bin nach Sofia zurück. Dort war einer von Heilbronn, zu dem bin ich als Hausbursche gegangen. Aber ich bin bald wieder fort. Kohlschwarz war ich vor lauter Flöhen. Wir haben da drunten auf der Landstraße oft die Hosen ausgezogen und sind im Hemd marschiert. In Sofia bin ich zum Konsul und hab ihn um Unterstützung gebeten; aber er hat mich hinausgeschmissen. Dann sind wir nach Bukarest, Kronstadt und Hermannstadt. Der Sachse wollte wieder heim, ich wollte aber nach Italien. Wir haben uns große Töpfe gekauft und haben darin mit Wurzeln von Mais unsere Kleider ausgekocht, damit die Flöhe rauskommen; aber nach drei Tagen waren sie wieder voll. Dann ging ich in ein Spital. Der Doktor hat mich gefragt wos fehlt; aber ich war noch nie krank gewesen und kannte mich noch nicht aus. Da hab ich gesagt, ach, da tuts weh. Der Doktor sagte: ich weiß schon, aber nicht zu lange! Da hab ich gedacht: o weh, da bist du erkannt, und am

14*

in der Scharfeneck logiert, das war nämlich der Sammelplatz für die Kunden, geschlafen hat man da nur auf Tischen und Bänken, da unten hat es so viel Läuse gehabt, daß wir alle paar Tage unsere Kleider auskochen mußten. Von Sofia bin ich mit dem Leipziger nach Plewna, Rustschuck, von Rustschuck sind wir mit dem Schiff gefahren, wir sind dann nach einer hübschen Stadt gekommen, wo es richtige europäische Häuser hatte, dann sind wir nach Bukarest und von da nach Kronstadt, wo die Grenze ist zwischen Rumänien und Siebenbürgen. Von Kronstadt nach Hermannstadt, Temeswar, Szegedin, wo ich dann im Banat Pferdehirt wurde, dann reiste ich nach Agram, Fiume, Pola, Triest, von wo aus man mich per Schub bis an die preußische Grenze transportierte. Von Troppau mußte ich per Marschroute zu Hause reisen. Dann bin ich nach Berlin und dann wieder nach der Schweiz; da habe ich auch den Schwarzen [1] kennen lernen der war damals grade bei die Palmer abgefahren [2], wir sind dann alle beide die ganze Pomm durchhampelt [3], gefilst [4] haben wir damals nicht denn ich selber bin kein Filsmann und der Schwarze war damals noch Efftur. Damals hatte man es noch nicht nötig. da war noch für einen Muckmann [5] ganz schön. Erst der Schnürlimann [6] hatte den Schwarzen aufs Filsen scharf gemacht. Da haben

---

nächsten Morgen sagte ich, ich bin wieder gesund. Und der Doktor meinte: na so wars nicht gemeint, bleiben Sie nur noch ein paar Tage. Aber ich ging dann doch weg. Ich war dann Pferdebursch bei einem Bauern aus Norddeutschland. aber wie ich ein paar Gulden verdient hatte, ging ich doch weg. Ich kam über Agram und Fiume nach Triest. Da wurde die ganze Bande in der Herberge ausgehoben. Ich hatte glatte Kluft, ein paar Gulden, mein Paß war in Ordnung, aber sie haben mich doch zehn Tage eingesperrt. Meine Kleider waren voll Läusen. da hab ich sie zerrissen, denn die Läuse wollte ich nicht mitnehmen. Die Stiefelschäfte hab ich verkauft. Nun hatte ich natürlich keine Kleider mehr, grad nur ein Hemde und die Decke. Da hieß es wir sollen alle zum Direktor kommen. Da nahm ich die Decke übers Hemd und ging so rauf. Wo sind die Kleider? sagt der Direktor. Da sag ich. die läuse haben sie gefressen. Da gaben sie mir einen altväterischen Rock und Stiefel, da waren die Sohlen mit Pech draufgeklebt. Damit ging ich nach Breslau und nach Dresden und dann 14 Tage zur Mutter. Sie hatte eine rechte Freude daß ich wieder da bin."

[1]) Garschagen.

[2]) den Soldaten entflohen (das ist desertiert).

[3]) Pomm wie Kesselei = Schweiz; durchhampelt = durchmarschiert.

[4]) filsen = stehlen. Filsmann = Dieb.

[5]) Bettler.

[6]) ein bekannter Kunde.



wir mal Kluft [1]) gefilst. Der Schnürli und der Schwarze haben gefilst und ich und der andere haben Schmiere gestanden. Den Schwarzen hatten sie bald, aber mich und den Schnürli haben sie erst verurteilt von Lausanne aus da wollte der Schnürli alles auf mich schieben, ich habe ihn auch lassen, es hat ihm doch nichts geholfen, er hat so viel gekriegt wie ich. Ich wollte ihn frei machen aber er hatte es schon eingestanden. Einmal bin ich auch mit dem Schwarzen gestraft worden in Obwalden. Da waren wir in Engelberg und hatten bei die Konditor umgeschaut, wir hatten damals Papiere als Konditor. Als der alte Landjäger total betrunken von hinten kam, den Schwarzen am Kragen nahm. Darauf drehte sich der Schwarze um und gab ihm ein paar Ohrfeigen, jetzt lief das ganze Dorf zusammen und schleppten uns nebenan in einen Laden zu einem Bäckermeister. Dem wollte der Schwarze die Sache erklären, der aber war auch besoffen und schrie in Arrest mit die Keibe. Engelberg ist nämlich ein Kurort und im Sommer ist die ganze Bande immer besoffen. Da nahm der Landjäger den Schwarzen wieder am Kragen, da gings aber los. Der alte besoffene Bürgermeister kam über den Ladentisch. Der Schwarze war damals stark, der nahm in jede Hand einen und schüttelte sie tüchtig ab, da haben sie alle Beide um Hilfe gerufen bis das ganze Dorf zusammengelaufen war, ich habe dabei gar nichts gemacht, ich habe nur zugeschaut und gelacht, ich habe aber gerade so gut 3 Monate bekommen wie der Schwarze. Was habe ich dafür können, was der Schwarze gemacht hat. Aber der Staatsanwalt, welcher zugleich Schnapswirt, Bürgermeister und Polizeidirektor von Obwalden ist sagte, luget das sind zwei Vacante, welche das Ländle us battle und stahle Ihr müsset Ihnen das Züg vertriebe, da isch einer nich besser wie der andere sagen wir für jeden 3 Monat und so ist es auch geblieben. In Zürich war ich mal in Dofus [2]), da wollten sie gern wissen wie ich heiße, da haben sie mich geschlagen und ein paar Wochen im Dunkelarrest gesperrt ohne essen nur ein ganz klein bischen. Da habe ich es Ihnen erst recht nicht gesagt, da sind sie mit Totschläger über mich hergefallen, da habe ich eins über den Kopf bekommen, das ich bewußtlos war. Als ich wieder zu mir kam, war ich ganz naß und ein Landjäger sagt ich hanns gli geseit söttige Keibe verrecken nüt, naß und blutig haben sie mir dann durch die Stadt geführt im Arrest; die Leute haben überall geschaut aber da ist nie was darnach gekommen. Sie mußten mich später doch entlassen ohne daß sie meinen Namen herausgebracht haben. Ich werde doch den rohen Hallunken nicht meinen Namen sagen, wenn sie mich zuvor mißhandeln. Später habe ich wieder Garschagen getroffen, der hatte immer Geld und hat mir viel gezahlt, der ist auch ein ganz guter Kerl, bloß wenn er besoffen war, konnte man nicht mit ihm aus-

[1]) Kleider.

[2]) Gefängnis.



kommen, dann war der Krachbruder fertig, und sonst tat er als könnte er nicht bis drei zählen, aber saufen konnte der Kerl 30—40 Halbe alle Tage, früh morgen setzte er sich in eine Ecke, Abends saß er noch auf dem gleichen Platz. Abends machte er Krach und das war mir zu dumm, weshalb ich ihm wieder abgefahren bin. Später traf ich ihn wieder in Genf, er redete mir zu, ich sollte mit ihm gehen stehlen, er wolle stehlen und ich sollte aufpassen. Ich habe auch eingewilligt, denn ich wäre gern zuhaus zu meiner Mutter gegangen, die lebte damals noch und da habe ich mir gesagt, wenns einmal nummen [1]) tut dann kleide ich mich ein und gehe heim und fange einen Handel an, kein Handwerk hatte ich nicht gelernt und ganz ohne Geld kann man doch nicht handeln, da kam auch noch der Hermann, der hatte im Kanton Solothurn mit noch einem anderen einen Einbruch gemacht [1]), der hatte eine ganze Handvoll Goldsachen, Seide, Schuhe, Stoff und Geld, der Schwarze wußte wo Geld zu holen war und da wurden wir einig sofort abzufahren, der Hermann trug das ganze Zeug welches vom Diebstahl herrührte zu seinem Kollegen, der sollte es verkaufen bis wir zurückkämen, ich hatte damals keine Ahnung daß sie ihn noch bestellt hatten eines Abends sind wir in einer Wirtschaft wo wir Wein tranken Garschagen und der Hermann tranken außerdem noch Schnaps, ich glaube es war Cognak und da haben mir die Beide Schnaps in Wein geschüttet jedenfalls als ich mal draußen war, ich habe es aber gleich gespürt als wir draußen waren hatten wir Krach deshalb ich glaube der Hermann hat mir noch eins gewischt, weiter weiß ich nichts mehr; des anderen Tags war ich allein, des anderen Tags habe ich die beiden wieder getroffen, soviel ich mich erinnern kann lagen sie im Walde und riefen mich als ich vorbeiging, wir gingen zur Bahn und fuhren in das Dorf wo wir in der Wirtschaft arretiert wurden. Der Hermann wollte die Gendarmen niederschießen aber der Schwarze war unentschlossen, der suchte wohl ein bischen Gewalt entgegenzusetzen aber das war alles. Ich meinerseits sagte mir, mich kann man nichts machen davon gekommen wäre so wie so keiner wir waren gerade gefangen wie die Maus in der Falle, das ganze Dorf war alarmiert und das ganze Haus war umstellt. Von meiner Untersuchungshaft so wie später von meiner Gefangenschaft kann ich mich sehr wenig erinnern, es ist alles so unklar, als hätte ich geträumt oder wäre es schon sehr lange her. Ich kann mir wohl erinnern, daß ich mich furchtbar gelangweilt habe, eine furchtbare Unruhe hat mich gequält, aber jetzt kommt es vor, als sei es gar nicht so lange gewesen. Ich kann überhaupt gar nicht recht begreifen, daß ich schon 41 Jahre alt bin. Mir kommt meine Kindheit vor, als sei es noch gar nicht lange

[1]) Geld einbringen.

[1]) Grenchen. Hermann ist Doree. Respel bestätigt also, daß .. sich bezüglich der Grenchener Diebstahls falsch beschuldigt hat.

her, ich kann mir noch alles so gut vorstellen. Ich glaube, daß die Kunden auch viel schuld haben, daß ich so lange unschuldig gesessen habe. Weil sie anders waren wie ich und sie mich nicht verstanden sagten sie immer, ich tät spinnen. Als wir nun arretiert waren sind viele zusammengefangen worden und die haben jedenfalls den Kwatsch auch dem Untersuchungsrichter erzählt und so wird wohl der Kwatsch auch im Zuchthaus eingang gefunden haben denn dort haben sie auch gleich gesagt, ich sei verrückt und das war auch die Schuld weshalb sie mir die Revision hintertrieben haben, krank bin ich erst später geworden. Zuerst haben sie mich in Ruhe gelassen, aber dann, als sie mir die Revision nicht mehr verweigern konnten, haben sie alles auf mich gehetzt. Den Direktor, die Aufseher und sogar die Gefangenen. Ich hatte erfahren, daß der Hermann und der Schwarze an den Cantonsrat geschrieben hatten, daß ich unschuldg sei, und da hatte ich immer gedacht, sie müßten mich nochmals vor Gericht tun. Da mit einmal erführ ich, daß der Hermann ins Irrenhaus geschafft worden ist. Da habe ich mir gesagt, jetzt muß ich einfach sagen, ich hätte den Einbruch mitgemacht, den der Hermann mit seinem Kollegen gemacht hat und daß habe ich auch getan, dafür habe ich nochmals 2 Jahre bekommen. Darauf hätten sie mir die Revision erlauben müssen, denn wenn ich die Nacht im Kanton Solothurn war, hätte ich nicht in dem Dorfe im Kanton Waadt sein können, weil die Entfernung viel zu weit ist, und dann ist auch keine Bahnverbindung da. Und da fingen sie dann an mich zu chikanieren. Wenn der Hermann nicht verrückt geworden wäre, so wäre es ganz anders gekommen, denn der hätte nachweisen können, daß er um die gleiche Zeit überhaupt nicht bei dem Schwarzen war, wo die Leute uns gesehen haben wollten, denn um die Zeit hatte er verschiedene Diebstähle begangen im Kanton Bern. Wie ich eigentlich ins Irrenhaus gekommen bin, weiß ich gar nicht, ich kann mich wohl entsinnen, daß ich den Hermann im Irrenhaus gesehen habe und später auch, daß er gestorben ist und daß man ihn heimlich aus dem Zimmer herausgeschafft hat, damit ich ihn nicht sehen sollte. Als ich erfahren hatte, daß er tot, wußte ich recht gut, daß ich an ihn einen wichtigen Zeugen verloren hatte. Ich hätte es aber vielleicht die Revision doch noch durchgesetzt, aber andere im Irrenhaus haben mich davon abgeraten, den sie sagten mir, ich käme dann wieder retour ins Gefängnis und da habe ich mir gedacht, da fängt das Chikanieren von neuem an, und am Ende komme ich wieder von neuem ins Irrenhaus es ist besser ich warte, bis ich frei bin. Als ich nachher frei war, sagte ich mir jetzt ist die Sache erst recht mit Geldkosten verbunden und was nützt es mir, wenn ich auch für unschuldig anerkannt werde. Die Zeit welche ich unschuldig abgemacht habe, von der laßt sich nicht mehr retour nehmen. Und die Schande ruht nicht auf dem Verbrechen, sondern auf die entehrende Strafe. Denn wie viele Verbrechen werden nicht von hohen Persönlichkeiten begangen, welche nicht gestraft werden und welche alle in ihren Ehrenrechte bleiben, ist



nicht die ganze Staatsordnung ein großes Verbrechen, welches man an uns begeht. Es ist heute noch so wie früher, ich habe einmal gelesen, daß die alten Griechen ihre Sklaven, wenn sie sich soviel vermehrten, laufen ließen und nachher eine Hetzjagd auf sie machten, das ist jetzt noch das ganz gleiche bei uns in Deutschland, die Starken sind überall die gleichen. Ein Teil der Starken spielt Gesetzgeber, der andere Richter, der andre Pfaff die Leute zu verdummen, und der andere Arbeitgeber, der sagt einfach, ich kann Ihnen nicht brauchen, sie sind mir zu alt oder er sagt ich habe keine Arbeit. Dann laufe ich die Polizei in die Hände, vielleicht beim Betteln, oder ich brauch ja nur 6 Wochen aus Arbeit sein, so heißt es gleich Landstreicherei, die Polizei sagt einfach, das ist einfach verboten und ich tue ja nur meine Pflicht. Dann kommt man vor Gericht. Da sitzt so ein vollgepfropfter Amtsanwalt, der hat sozusagen das Recht zum verleumden, ein Verteidiger wird so wie so nicht gestellt. Der Amtsanwalt zieht hauptsächlich seinen Humbug aus den Vorstrafen. Und was der Amtsanwalt beantragt, das bleibt gewöhnlich. Denn zum Schöffen werden gewöhnlich Spießbürger oder Bauern, denen man die Dummheit schon von weitem ansieht ausgesucht. Kein intelligenter Arbeiter kann nicht Schöffe werden, aber ein blödsinniger Rammel kanns werden. Alles Leute die von der Welt nichts wissen, die selbst noch nie gearbeitet haben, alles solche Leute die sich mästen von anderer Leute Schweiß. Wenn einmal Arbeiter als Schöffen zugelassen werden, dann hört der Schwindel auch auf. Es ist ja also kein Unterschied zwischen der Hellotenjagd der alten Griechen und der heutigen Kundenjagd; früher offen, heute versteckt man sich hinters Gesetz und sogar noch hinter die Moral und tut es im Namen Gottes. Die Diebe, Bettler, Einbrecher und Schwindler werden künstlich gezüchtet, damit man sie auf den Mittelstand loslassen kann. Denn wenn es derartige Leute nicht hätte, wie wollten die Polizei und Gerichtsbeamten ihr Dasein entschuldigen, weil diese Herren nicht arbeiten wollen, deshalb macht man das Wasser trüb. Man schimpft immer über die vielen Landstreicher und Bettler, welch eine gemeine Heuchelei, die werden erst geschaffen, denn wenn die nicht sein würden, könnten sich die Unternehmer nicht so die Taschen pfropfen. Man könnte nicht den ständigen Arbeiter so ausbeuten. Denn die Landstreicher bilden die Reserve, die man als Lohndrücker und Streikbrecher braucht, deshalb ist es auch der herrschenden Klasse nicht ernst mit dem Aufräumen der Landstreicher[1]). Man will sie nur in Zuchthäuser, Gefängnisse und Arbeitshäuser schaffen, um zwangsweise Lohndrücker aus ihnen zu machen. Denn die Kosten von derartigen Anstalten muß die Allgemeinheit zahlen, den Schaden hat der freie Arbeiter und den Nutzen die Unternehmer, die in derartigen Anstalten arbeiten lassen. Deshalb wird man weiter heucheln.

[1]) Dieser Auffassung bin ich bei Landstreichern mehrfach begegnet.



aber man wird nichts tun um abzuhelfen. Es ist noch nicht lange her, wo die Sozialdemokraten im Reichstag verlangten, man sollte den Arbeitsnachweis verstaatlichen, daß war doch gewiß ehrlich. Denn nachher hätte das Gericht und die Polizei eine genaue Kontrolle über diejenigen, welche arbeiten wollen und diejenigen die nicht wollen, man sollte doch glauben das müßte der Behörde ganz recht sein, es würde dann doch für die Polizei höchst einfach sein mit den Vagabunden und Verbrechern aufzuräumen. Das würde man auch sofort tun, aber das hat einen Fehler, die Vagabonden und Verbrecher könnten nachher auch nachweisen, daß die Gesellschaft ihnen prinzipiell von der Arbeit ausgeschlossen hat, nachher würde das ganze Landstreichergesetz hinfällig werden, der Amtsanwalt hätte kein Material mehr die Kunden zu verleumden. Wenn mich der Arbeitsnachweis keine Arbeit giebt, so ist es nicht meine Schuld, wenn ich nicht arbeite, und das Volk würde es nicht mehr verstehen, daß man einen wegen Betteln oder Landstreicherei vor Gericht schleppt. Der Anklage wäre der Boden entzogen nun und dann müßte man jeden Arbeit geben oder man müßte eine Arbeitslosenversicherung obendrein einführen, dann hört das Vagabondenwesen von selbst auf. Denn was wir sein, hat man erst aus uns gemacht. Man nehme doch einmal an, ein junger Bursche von 18—19 Jahren kommt auf die Landstraße, es ist Winter, er möchte gern arbeiten, aber er kann keine finden. Der Winter ist lang, sein Ersparnis wird alle, er ist gezwungen die Verpflegungsstationen in Anspruch zu nehmen, da bekommt er des Abends eine Suppe mit Brod oder ein bischen Bratkartoffel mit Brot, das Nachtlager, Frühmorgens eine Tasse Kaffee mit einem Brötchen, dann muß er bis Mittags arbeiten, dann bekommt er eine Suppe, ein paar Kartoffeln und ein Stück Brot im Wert von 3 Pfg.; aber an dem ganzen Essen ist kein Salz und kein Schmalz dran, keine Kontrolle darüber existiert nicht. Aber keine Konkurrenz ist auch nicht da, ich muß einfach da hingehen, wo mich die Polizei hinschickt, und da kann man sich doch leicht denken, wie es da aussieht. Heutzutage, wo ein jeder so geschwind als möglich reich werden will. Sobald sie mit Essen fertig sein heißt es, jetzt aber fort, daß wir noch die nächste Verpflegungsstation erreichen, satt kann sich ein Kunde da niemals essen. Wenn es nun Frühjahr wird, so ist er entkräftet und die Kleider sind auch heruntergerissen bei der Arbeit auf den Verpflegungsstationen. Hat er nun noch jemand, der ihm Kleider nachschicken kann dann gehts noch, ist dieses nicht der Fall so kann man ganz sicher sein, daß er verloren ist, er müßte dann ganz besonders Glück haben, wenn dieses nicht der Fall ist, denn wenn einer mal abgerissen ist, will ihn Niemand mehr einstellen, außer in eine Ziegelei oder sonstigen Bruchbuden; er kann vielleicht auch als Erdarbeiter gehen. Das sind alles Arbeiten, die man nicht lange erst zu lernen braucht, die jeder machen



kann, nicht war? ich habe das schon oft hören sagen, aber immer nur von Leuten, die selbst noch nie gearbeitet haben. Diese Arbeit kann man schon machen, aber ob man dabei seinen Arbeitgeber zufrieden stellen kann, das ist die Frage, denn der will viel sehen für sein Geld. Jetzt stellen sie sich einmal vor einen Menschen, der diese Arbeit sein lebtag noch nie gemacht hat, vielleicht ein Professionist ist, der schon ein halbes Jahr nichts mehr rechtes gegessen hat, der soll aber jetzt mit denen großen Starken ausgefütterten Kerl, welche bei dieser Arbeit eingearbeitet sein, Schritt halten, das kann er einfach nicht und wenn er nicht von selbst gleich wieder geht, der Arbeitsgeber schickt ihn dann schon, denn der findet genug, die Reserve ist stark, denn ein anderer macht ihn noch mal so viel Arbeit, und dann ist der Vagabond fertig, er läuft so lange betteln bis einmal die Polizei ihn aufgreift und ins Arbeitshaus schafft, kommt er nachher wieder heraus, dann ist es noch viel schlechter für ihn, erstlich wenn ein junger Kerl, der kaum ausgelernt hat, ein paar Jahr nicht auf sein Geschäft gearbeitet hat, hat auch alles Selbstvertrauen verloren, er getraut sich nimmer auf seine Profession zu arbeiten, und zweitens kann er doch auch Niemand die Entlassung aus dem Arbeitshaus zeigen, was würde ihm der Meister dazu sagen. Nachher läuft er wieder herum, bis er jemand trifft welcher ihm das Stehlen und Einbrechen lernt und wenn er der ehrlichste Kerl bis dahin gewesen ist. Er sagt sich einfach, wenn die Polizei mir jetzt wieder hat, dann sitze ich vielleicht 4 Wochen oder noch länger in Untersuchung, dann bekomme ich 6 Wochen wegen Betteln, 6 Wochen wegen Landstreicherei und wieder Überweisung, wo man ihn bis zu zwei Jahre behalten kann und es ist ja gewöhnlich der Fall wenn er zum zweiten Mal Überweisung bekommt, da kann er immer auf 28 Monate rechnen und wenn er es abgemacht hat steht er immer wieder auf dem gleichen Standpunkt; im Gegenteil es wird immer schlechter für ihn. Da wird er sich nachher Mühe geben, daß er einen Spitzbuben trifft, der ihn mitnimmt. Denn wenn man zwischen zwei Übeln zu wählen hat, so wählt man doch immer das geringste. Betteln kann man nur gehen am Tage wenn die Polizei da steht, Stehlen kann man bei Nacht wenn alle Kühe schwarz sind. Beim Betteln wird er doch leichter erwischt als wie beim Stehlen, und die Gefahr beim Betteln ist immer größer wie beim Stehlen; hat er nun mal das Stehlen angefangen, dann ist es schwer es wieder zu lassen, denn das Geld ist dabei schneller und leicht verdient. Da wundert man sich nachher, wenn so viel Verbrechen vorkommen, daß ist doch sehr leicht zu erklären, das eine zieht immer das andere nach sich. Man sollte einfach einen Menschen nicht soweit kommen lassen. Auf diese Art wie ich eben angeführt, sind die meisten welche ich habe kennen lernen Einbrecher geworden. Bei mir war es etwas anders. Ich war das Stromerleben satt, ich wollte umstecken, wie wenn man nichts gelernt hat. Hätte ich



Geld gehabt, so wäre ich zuhause und hätte einen Handel angefangen, und nach Deutschland konnte ich auch nicht, weil ich mir nicht nachweisen konnte, wo ich gearbeitet hatte, also was machen? Es gibt keinen andern Ausweg als stehlen gehen, als mir Garschagen den Vorschlag machte mitzugehen war es mir ganz recht, ich kann nicht sagen, daß mich jemand verführt hätte, im Gegenteil ich war noch froh, daß sie mich mitgenommen haben. Ich konnte doch nicht ahnen, daß ich solches Pech haben würde. Es wäre auch anders gekommen, wenn ich nicht behauptet hätte, das ganze Brechwerkzeug sei von mir und ich hätte es gefunden. Aber der Schwarze hatte mir unterwegs gesagt, ich sollte so sagen, sonst ziehe er mich mit hinein und verrate meinen Namen. Und meinen Namen wollte ich nicht sagen, weil meine Mutter noch damals lebte, und ich habe dieses auch bis heute noch nicht bereut, denn kurz vor meiner Verurteilung ist meine Mutter gestorben. Hätte ich damals gesagt, wer ich bin, so hätte ich später geglaubt, meine Mutter sei aus Gram darüber gestorben. Es ist mir lieber, das ich meinen Namen nicht gesagt habe, denn ich brauche mir wenigstens jetzt keine Vorwürfe über ihren Tod zu machen. Denn meine Mutter war gleichwohl eine gute Frau, die sich geplagt hat das sie für uns Kinder Brot genug hatte. Später hat sich aber durch den Schwarzen mein Name herausgestellt. Noch etwas kommt mir gerade in den Sinn, als ich noch mit den Kunden verkehrt, also vor meiner Strafe in Lausanne, habe ich oft erzählen hören von diejenigen, welche schon im Zuchthause waren, daß man überall etwas ins Essen tut um die Sträflinge zu reizen, damit sie Onanie treiben müssen, um sich selbst kaput zu machen, ich habe es damals für einen Unsinn gehalten. Als ich aber selbst im Zuchthaus war, habe ich gesehen, daß es doch wahr ist[1]). Ich habe mir da überhaupt nicht mehr zu helfen gewußt, ich bin ganz närrisch gewesen, ich habe die Weiber nicht mehr aus dem Kopf gekriegt bei alledem, daß das Essen so schlecht war und ich doch niemals ein Frauenzimmer zu sehen bekommen habe. Als ich später im Irrenhaus war, ist mir das Zeug gar nicht mehr in den Sinn gekommen bei alledem, daß ich dort gut zu essen hatte und alle Tage hübsche Pflegerinnen gesehen habe, gerade das Gegenteil; mir däucht nur das Sehen der Weiber habe mich schon beruhigt. Als ich später die 2 Jahr in Leverkusen gearbeitet habe, habe ich überhaupt sehr wenig an die Weiber gedacht, während den 2 Jahren bin ich höchstens 4 mal in ein Bordell gewesen. Deshalb bin ich fest überzeugt, daß da extra etwas ins Essen geschüttet wird, um die Leute kaput zu machen; ich habe später öfters Kunden getroffen, die auch schon im Zuchthaus waren

[1]) Eine der bekanntesten Zuchthauslegenden. Für den Gerichtsarzt ist wichtig, sie zu kennen, um nicht, wenn ein Gefangener sie äußert, auf paranoische Wahnideen daraus zu schließen.



und die hatten alle die gleiche Überzeugung wie ich, die sagten mir, daß es in Deutschland das gleiche sei. Nachdem ich später von Bonn entlassen war, löste ich mir einen Auslandspaß und wollte nach Frankreich gehen, denn ich sagte mir, wenn ich nicht gleich Arbeit finde, komme ich schließlich wieder ins Irrenhaus, jedoch hatte ich damals mehr Glück. Schon des anderen Tages fand ich Arbeit in den Farbwerken zu Leverkusen, wo ich auch 2 Jahre geblieben bin, bei alledem, daß ich 36—37 Pfg. Stundenlohn hatte, habe ich mir doch ein schönes Sümmchen erübrigt. Die ersten 30 Mark, welche ich erübrigt habe, habe ich gleich meinem Bruder geschenkt, der war gerade damit in Verlegenheit; meinen Bruder habe ich überhaupt viel geschenkt während dieser Zeit, denn ich habe immer Angst gehabt, man kommt und nimmt es mir für Kosten fürs Irrenhaus und da habe ich mir gesagt, es ist besser mein Bruder verbraucht für seine Kinder als der Staat nimmt es mir weg. Ich habe mir auch zwei neue Anzüge machen lassen, einen Überzieher, Schuhe drei Paar und Wäsche hatte ich genug. In der Fabrik war man mit mir zufrieden, denn ich bin zuverlässig und pünktlich; auch habe ich immer die zwei Jahre das gleiche Logis gehabt. Mein Wirt hat immer zu die Leute gesagt, er hätte noch nie einen so braven Kerl im Logis gehabt wie mich und zu mir hat er immer gesagt, ja Respel wenn die Logisgänger alle so wären wie sie, dann machte es noch Spaß Leute in Logie zu nehmen; der hatte nämlich schon mehrere gehabt, die waren alle Radaubrüder und Schmorbrüder. Wenn er Sonntags manchmal mit seiner Familie ausging, so bat er mich ihm doch während der Zeit das Haus zu verwähren, da ließ er alles offen, als ich frug, warum daß er denn nichts verschließe, sagte er mir, ich weiß recht gut, wemm ich meine Sache anvertraue, ich weiß daß sie ein ehrlich Mensch sind, mich kann Niemand täuschen, ich habe schon zuviel mit Menschen Umgang gehabt, das hat mich immer Spaß gemacht. Ich habe so bei mir gedacht, Alterle, wenn du wüßtest, was ich auf dem Kerbholz habe, du würdest vor Schreck auf den Hintern fallen. Wenn der meine Vergangenheit gewußt, der würde Augen gemacht haben, ich war bei diesen Leuten wie zuhause, und als ich in der Fabrik aufgehört hatte zu arbeiten, ist er für mich Arbeit suchen gegangen, er wollt durchaus ich sollte bei ihm wohnen bleiben, aber es war damals eine so schlechte Zeit, das nirgends etwas aufzutreiben war und warten wollte ich nicht länger, ich sagte mir ich verzehre da mein Geld und am Ende finde ich doch keine Arbeit. In der Fabrik war ich auch wohl gelitten, aber ich wurde verschiedene Male hinter einander krank und da sagte mir der Arzt ich hätte etwas an die Lungenspitzen und sei sehr blutarm, ich müßte die Arbeit aufgeben und so bin ich weg von da. Ich hatte mir nämlich da ganz schönes Geld gespart, obgleich ich nur 36—37 Pfg. Stundenlohn hatte, ich habe dort viel Überstunden gemacht. Trinker bin ich keiner und nach dem Fleisch frage ich auch nichts darnach. Meinetwegen könnte das Bier den Liter 10 Thaler



kosten und das Pfund Fleisch 20, das würde für meine Person mir gleich sein, wenn ich anders genug zum Essen habe, gekocht habe ich mir meistens selber und meistens nur Gemüse weil mir das am liebsten ist und dann bin ich ein Liebhaber von Kuchen, im Winter bin ich am Sonntag immer nach Köln gegangen, wo ich nur in die Konditoreien bin oder sonst wo es etwas zu sehen gab und am Abend dann ins Theater; im Sommer bin ich nur des Sonntags im Wald herumgestromert. Wenn ich Abends von der Arbeit gekommen bin, so habe ich mir einen guten, starken schwarzen Kaffee gemacht und dazu geraucht, rauchen und schwarzer Kaffee ist nämlich meine Leidenschaft und dann habe ich gelesen bis ich zu Bett gegangen bin. Kartenspiel, Kegel oder Billardspiel, oder Tanzen ist mir alles zu langweilig; ich kann überhaupt nicht begreifen, wie sich die Leute dabei unterhalten können; hingegen schau ich gern zu, wenn im Theater Ballet getanzt wird. Als ich von Leverkusen fort ging, ging ich nach Leipzig, weil ich nicht weit von da zuhause habe, ich konnte aber in der Stadt durchaus nichts finden, obgleich ich mir alle Mühe gegeben, denn ich fange am liebsten wieder an. wenn ich noch Kleider und Geld habe. Es gibt überhaupt nichts abscheulicheres als wenn man abgerissen ist und hat kein Geld und soll an zu arbeiten fangen; auf einer Stelle, wo es keinen Vorschuß giebt, kann man überhaupt nicht anfangen zu arbeiten, denn man kann doch nicht verlangen, daß ein Mensch 8 Tage hungert und dabei noch tüchtig arbeiten soll. Aber auch da, wo es Vorschuß giebt, muß man ein paar Tage Kohldampf schieben und noch dabei arbeiten, denn ich muß doch erst ein paar Tage gearbeitet haben, bevor ich Vorschuß verlangen kann. Dann kommt erst der böse Sonntag, im Logie kann man sich nicht blicken lassen und auf der Straße aber auch nicht; wundert man sich dann da, wenn einer da alle Energie zum Arbeiten verliert [1]). Als ich in Leipzig nichts fand, las ich in einer Zeitung, daß Leute in Borsdorf gesucht würden, man hat mir wohl davon abgeraten dorthin zu gehen, aber darnach sagte ich mir will ich versuchen, das war eine Firma mit ungefähr 50 Arbeitern, aber davon hören mindestens alle Tage 40 auf und 40 andere fangen wieder an, der eine arbeitet einen halben Tag, der andere einen ganzen Tag, ein anderer vielleicht 2—3 Tage, dann hören sie wieder auf natürlich wenn die Leute wieder weglaufen vor dem Zahltag bekommen sie auch keinen Lohn und so kommt es daß der Unternehmer seine Arbeit meistens umsonst gemacht bekommt. Das ist eine ganz feine Spekulation, denn wenn er nur jeden von den 40 Arbeitern müßte per Tag 3 M zahlen, so würde das jeden Tag 120 M ausmachen

[1]) Dies sind doch wichtige und bisher kaum beachtete psychologische Milieueinflüsse auf die Entstehung von Arbeitscheu und speziell auf dem Rückfall in dieselbe.



und 300 Arbeitstage im Jahr 120 mal 300 macht 36000 M im Jahr, in 10 Jahren 360000 und die Zinsen noch dazu ist das ein ganz schönes Vermögen, das kann sogar ein Millionär noch brauchen, nun und warum soll er es nicht tun, man wird sich schön bedanken gegen solchen Unfug Gesetze zu machen. Die Arbeiter hat er schnell vom Hof chikaniert, den ganzen Tag stehen 3 oder 4 Faullenzer auf dem Hof und treiben die Leute an, da darf man sich nicht einmal verschnaufen [1]) und wenn man sich nach dem Lohn erkundigt so hieß es 25 Pfg. per Stunde, da ist es ganz unmöglich, daß man existieren kann in Borsdorf, wo alles viel teurer ist als in Leipzig selbst, nun ja das wollen diese Leute auch bloß haben denn da laufen die Leute gleich wieder weg und für die schon getanene Arbeit brauchen sie nicht zahlen. Diese Firma steht Jahr ein Jahr aus in der Zeitung, die haben gleich fürs ganze Jahr abonnirt beklage man sich nun wegen Arbeitslosigkeit, so wird der Spießbürger sagen, was Arbeitslosigkeit, da und da werden beständig Leute gesucht, alle Tage steht die Zeitung voll daß man Arbeiter brauche; von da aus bin ich in eine Ziegelei, wo ich mit Polen und Galizier zusammen gearbeitet habe, da war die Schufterei noch schlimmer, da hat der Ziegelmeister und der Besitzer unter einer Decke gesteckt. Da haben wir von frühmorgens 5 bis abends 8 Uhr geschuftet. Sonnabends, wenn wir aufhörten, war der Meister verschwunden, da hat er sich nicht mehr sehen lassen bis Montags morgens. Wenn wir dann Geld verlangten, so sagte der Meister, ja ich habe auch noch keins der Herr hat noch keins geschickt, der Herr hatte kein Geld seine Arbeiter zu bezahlen, aber ein Reitpferd für 600 M. Dazu hatte er Geld, dann mitten in der Woche ließ uns der Meister kommen um unsern Lohn zu holen, da gabs Löhne, der eine bekam noch 2 M 80, der andere 150 und ein anderer wieder 75 Pfg, keine Lohnzettel waren überhaupt nicht mode, es hieß wir arbeiteten auf Accord, wir haben niemals gewußt, wieviel Arbeit wir gemacht haben. Denn auf die Plätze, von wo aus man die Arbeit kontrollieren können, da standen seine beiden Schwiegersöhne. Die Kantine führte seine Tochter und die gab Marken aus, da hat man nicht erfahren, was man verdient, da hat man aber auch nicht erfahren, was es kostet was man verbraucht außer einige Kleinigkeiten, welche man für die Marken hat kaufen können. Diese Leute wissen schon warum das sie Leute aus Galizien kommen lassen. Eines Tages aber habe ich gesagt jetzt ist es fertig, ich gehe zum Arbeitersekretär, ich bin im Verband, da hatte ich auf einmal mehr verdient, bekam noch so an 17 Mark raus, mußte aber sofort die Ziegelei verlassen; jedenfalls hatte er Angst, ich könnte ihm seine galizischen Schafe rebellisch machen. Von da aus

[1]) Man vergleiche auch, was in *Levinsteins* Enquête (Die Arbeiterfrage usw. 1912) die Arbeiter über den Stundenlohn in Verbindung mit dem Aufpassersystem sagen. Gerade die Höherwertigen ziehen den Akkordlohn vor.



bin ich zu meinem Bruder nach Herzberg und habe Kräuter gesammelt. Später bin ich nach Frankfurt, unterwegs gab es überall Arbeit bei den Bauern an der Dreschmaschine. Ich habe mir dabei ein bischen Geld beiseite geschafft; dann habe ich eine Zeitlang in Frankfurt gehandelt. Dann bin ich nach München, wo ich auch gehandelt habe. Auch habe ich dort Gelegenheitsarbeit gemacht, auch habe ich eine Zeitlang einem Reisenden den Koffer in der Stadt herumgefahren; dann habe ich gearbeitet in Schongau als Erdarbeiter, diese Arbeit mußte ich verlassen, weil es immer regnete, denn an den Tagen wo es regnet giebt es keinen Vorschuß. Wir hatten noch nicht lange gearbeitet und wenn man kein Geld auf der hohen Kante hat so muß man einfach wieder gehen, denn man muß die Tage wo es regnet auch leben. Da mag denn der Teufel 14 Tage oder noch länger warten bis es aufgehört hat zu regnen. Von da aus bin ich wieder nach Frankfurt, dann nach Kaiserslautern, wo mich der Arbeitsnachweis nach Völklingen in die Röchlingschen Stahlwerke schickte; ich bin dorthin ungern gegangen, denn man hatte mir schon auf dem Verbandsbureau aufgeklärt, aber es blieb auch keine andere Wahl, denn bei der Arbeitslosigkeit, welche in den letzten Jahren herrschte, war es unmöglich anderwärts etwas zu finden; ich blieb dort ziemlich 4 Monate, dann hatte ich aber mehr wie genug, der Meister war ja ein ganz ordentlicher Mann, welcher mich gern behalten hätte, der würde mich jetzt auch sofort wieder nehmen wenn ich hinkommen würde, aber das werde ich bleiben lassen. Was nützt es, wenn der Meister ein braver Kerl ist, er ist doch auch nur ein Sklave, wenn die Firma einem so stellt, daß man nicht existieren kann. Ich habe dort 3,30 M den Tag gehabt, hier in dieser Gegend könnte man noch davon leben, aber dort in der Gegend, wo alles so teuer ist; dann ist nur alle Monat Zahltag, 14 Tage bleiben stehen; also wenn ich heute an zu arbeiten fange, bekomme ich 6 Wochen zum ersten Mal Geld. Weil aber der Fremde nicht solange warten kann, so bleibt ihm nichts weiter übrig als in der Röchlingschen Kaserne zu essen und zu schlafen, das Mittagessen kostet 40 Pfg und das Nachtessen 30 Pfg. ohne Brot, das wäre ja nicht teuer, wenn man nur damit leben könnte, das Mittagessen ist keine 15 Pfg und das Nachtessen keine 10 Pfg wert, es soll aber dennoch eine Wohltätigkeit vorstellen diese Einrichtung; ein Laib Brot welcher draußen 60 Pfg. kostet muß ich drinnen kaufen für 70 Pfg, alles was reingetragen wird will der Portier sehen was da drin ist ob es nun ein Packet ist oder eine Flasche, man kann sich nun denken die Chikane der ein Mensch da ausgesetzt ist. Ist etwas zerbrochen im Schlafsaal so wird der ganze Saal gestraft, jeder mit 50 Pfg. oder eine Mark und der Schaden wird erst noch abgezogen vom Lohn. Wenn also irgend einer aus einem anderen Saal kommt und macht sich einen Spaß und macht was kaput während die anderen bei der Arbeit sein so sind sie doch verantwortlich, werden bestraft und müssen zahlen. Allerdings ist man ja nicht direkt



gezwungen zu logieren aber doch indirekt, es ist unmöglich, daß man sich aus dieser Kaserne heraus machen kann, dieweil man immer wieder Vorschuß verlangen muß, um sich noch nebenbei Lebensmittel zu kaufen, weil man von dem, was man im Logierhaus bekommt nicht leben kann und wenn der monat um ist, bekommt man nicht viel mehr raus, es reicht nicht, daß man das Logis im Voraus auf eine Zeit zahlen kann und die meisten sind nicht im Stande des Sonntags auszugehen, weil sie nicht so viel erübrigen können, sich ordentliche Kleider zu kaufen, dann bleiben sie einfach in der Kaserne und suchen sich eine Flasche Schnaps hineinzuschmuggeln. Ich habe die Brüder hier oft beobachtet, wie sie die letzten paar Pfennige für Schnaps ausgeben, ich bin ja auch der Überzeugung, daß sie das Geld unnützer Weise ausgeben; aber es wird auch alles viel schlimmer gemacht als es in Wirklichkeit ist, da haben sich vielleicht 20 Mann zusammen einen Liter Schnaps gekauft und wenn der getrunken war, so waren sie alle zusammen betrunken. Dann haben sie getànzt und gesungen wie die Lerchen. Ich würde dort auch noch länger geblieben sein, wenn alle 8 Tage Zahltag gewesen wär, dann wär wenigstens die Möglichkeit gewesen, daß ich mir hätte ein Privatlogie nehmen können, so aber habe ich gesehen, daß alles vergebens ist; für die Einheimischen ist es nun etwas besser, denn da, wo mehrere Erwachsene zusammen essen und Logieren ist es immer viel billiger als wenn man allein steht, und dann haben die Leute, welche längere Zeit da sein verschiedernerlei Prämien, zum Beispiel Altersprämie giebt es nach 5 Jahren, da bekommen die meisten nun den Monat 15 Mark und noch mehr an Prämien. Da können die Leute dann so leidlich auskommen, aber was nützt das alles mir wenn ich erst 5 Jahre Kohldampf schieben soll. Das ist der sogenannte Wohlfahrtsschwindel. Was ich noch erwähnen will ist, daß ich auch einmal in Kempten bei einem Konditor gearbeitet habe, da hatte es mir sehr gut gefallen, wenn das Wetter sich gehalten hätte, so hätte ich dort längere Zeit bleiben können. Aber das war so ein Marktkonditor, der nur vom schönen Wetter abhängig war. Nachdem ich in Völklingen aufgehört hatte zu arbeiten bin ich nach Frankfurt, wo ich wieder gehandelt habe, dann bin ich nach Nürnberg, wo ich erst ein paar Wochen gehandelt habe, nachher habe ich Gelegenheitsarbeiten gemacht, bei welcher ich ganz schönes Geld verdient habe, das war grade wo das Volksfest war, und die ganzen Kunden waren im Zopfianus, da war keine Konkurrenz und die paar Mann welche in Nürnberg lagen hatten beständig Arbeit, Ich habe mich da auch vollständig eingekleidet und wollte wieder nach Frankfurt; unterwegs wurde ich in Aschaffenburg wegen Bettelns eingesperrt, obgleich ich gar nicht gebettelt hatte. Nach ein paar Tagen wurde ich plötzlich vorgerufen und ein Kriminalbeamter von Darmstadt sagte mir, daß ich im Verdacht stehe einen Mord begangen zu haben. Augenblicklich war ich ganz außer mir, denn ich dachte es könnte grade an



einem Tag passiert sein, wo ich draußen im Walde geschlafen habe. Zum guten Glück konnte ich mich dann doch erinnern, wo ich am ersten Mai gewesen bin und auch wo ich Pfingsten war. Dieser Mord ist aber in dieser Zwischenzeit passiert. Ich war damals in Mannheim und hatte diese Nacht im Ritter St. Georg logiert. Mein Glück war, daß es da immer geregnet hatte und daß der Wald von Mannheim soweit ist. Ich war deshalb gezwungen, in einer Wirtschaft zu logieren. Wäre dieser Mord etwas später oder früher passiert, so hätte ich nicht nachweisen können wo ich diese Nacht zugebracht habe, wer weiß wie es mir da gegangen wäre. Ich hätte schon aus diesem einen Grund gerne gearbeitet, damit ich mich immer nachweisen kann [1]). Denn solange man arbeitlos ist, ist es immer schlecht mit dem Geld bestellt. Und wenn man in einer Wirtschaft schläft, so kann man immer rechnen, daß man eine Mark notwendig hat, denn 40 Pfg kostet das Schlafen, mit einem Glas Bier kann man sich auch nicht hinsetzen, so muß man mindestens zwei Glas trinken, etwas essen soll man auch und wenn es nur Wurst und Brot ist, dann ist eine Mark hin, hat man aber kein Geld, so muß man sich die Mark erst zusammenbetteln. Aber bis man so eine Mark zusammengebettelt hat wird man fast narrisch, denn der Reiche gibt nichts und der Arbeiter ist meistens nicht zuhause, und dann lebt man immer in die Gefahr eingesperrt zu werden. Da ist es doch viel besser, ich schlafe im Walde, kaufe mich für 10 Pfg. ein bischen Abfall, Brot und eine Tasse Kaffee bekomme ich bei jeder Arbeiterfrau, ich brauche ich höchstens in ein oder zwei Arbeiterhäuser zu gehen. Da ist die Gefahr nicht so groß, als wenn ich eine Mark zusammenbetteln muß, und zu was denn, bloß um die Wirte reich zu machen, und zu was denn alles das, aus Bier mache ich mir nichts, und in den verschwitzten Betten, wo jeden Tag ein anderer drin liegt und welche vielleicht alle drei Monate mal überzogen werden, die haben keine Anziehungskraft für mich. Da ist es doch viel besser ich schlafe im Walde, da brauche ich doch wenigstens keinen so faulen Wirt reich zu machen. Für einen Wirt betteln gehen, das fehlt gerade noch. Und dann ist es gar so schön im Wald zu schlafen, wenn man so frühmorgens im Halbschlummer liegt und die Vögel pfeifen so schön. Wer noch nicht im Walde geschlafen hat, kann sich davon überhaupt gar keinen Begriff davon machen. Etwas anderes ist es im Winter, da ist man direkt auf die Wirte angewiesen und gerade die Pennenbesitzer sind noch alle reich geworden. Im Winter gehe ich deshalb immer nach einer größeren Stadt und nehme mich ein privat logies, da bin ich dann nicht abhängig von die Wirte. In Mannheim habe ich es auch so gemacht, dort habe ich mir ein Logie gesucht und bei der Polizei angemeldet. Aber das ist auch für mich

[1]) Wichtige Motive für die Rückkehr zu sozialem Verhalten!

nichts, denn als ich in Mannheim frühmorgens mein Logis verließ, wurde ich immer von Kriminalpolizei verfolgt. Ich habe mir wohl gesagt das macht nichts, ich suche mir ja nur Gelegenheitsarbeit und wenn die Polizei sieht, daß ich mich durch Gelegenheitsarbeit mein Brot verdiene, so wird man mich schon in Ruhe lassen, das war aber fehlgeschossen. Ich war auf dem Arbeitsnachweis in der Schwetzinger Vorstadt, dort hat man mir meine Papiere wieder zum Fenster hinausgeworfen und gesagt ich wäre schon zu alt mit einer so Grobheit und Gemeinheit, daß ich ganz außer mir war. Auf dem Städtischen Arbeitsnachweis hat man mich anständig behandelt, aber die haben nicht viel, die Schwetzingervorstadt hat ja alles an sich gezogen. Meine einzige Hoffnung waren die Gummifabriken, die sind nämlich nicht im Ring der Arbeitgeber. Und da habe ich den Portier ein Bischen verkohlt, ich hatte ihm gesagt, daß ich auch Familie hätte, der stellt nämlich die Arbeiter ein, und da hat er mir verraten, daß Ende der nächsten Woche ganz sicher Leute eingestellt würden, und ich sollte dann nur kommen, ich sei einer der ersten, welche angestellt würden, er hatte es mir also fest versprochen mich einzustellen. Und das muß die Polizei in Erfahrung gebracht haben, jedenfalls ist mir ein Verdeckter nachgelaufen, da sie aber keinen Einfluß auf die Gummiwerke haben, so haben sie sich gesagt, jetzt müssen wir Gewalt anwenden, denn ich bin überzeugt, daß die Polizei auch schon in die Schwetzingerstraße die Hand im Spiele gehabt hat. Die wollten mich einfach zum Lande hinaus haben, deshalb mußte mich ein verdeckter Schutzmann von der Straße wegnehmen, man sagte dann einfach ich hätte gebettelt, obgleich es gar nicht wahr gewesen ist. Ich sagte mir es ist besser ich gebe es zu, dann komme ich vielleicht mit ein paar Tagen davon, und man läßt mich gleich wieder auf freien Fuß, weil ich angemeldet bin. Als ich nun vorgeführt wurde, war so ein junger Kerl da als Richter, der las mir meine Akten vor und beschimpfte mich, nannte mich einen Verbrecher und verurteilte mich zu 14 Tagen und Ausweisung aus dem Großherzogtum und erließ Haftbefehl. Das hat mich so furchtbar aufgeregt, nicht wegen die 14 Tage, denn wenn man so viel unschuldig abgemacht hat wie ich, da kommt es auch nicht mehr um 14 Tage an. Es war mir wegen der Arbeit, hätte man mir aus der Haft entlassen, so hätte ich doch wenigstens die Arbeit bekommen, dann hätte ich die 14 Tage etwas später abgesessen, ich hätte mir dann einmal Urlaub genommen. Das war alles so eingefedelt, die wollten mich einfach auf gesetzlichem Wege zum Großherzogtum hinaus haben. Denn ich bekomme gleich 14 Tage, wo die anderen nur 3 Tage bekommen, ein anderer, wenn er nachweisen kann, daß er Arbeit hat, wird entlassen, ein anderer wenn er angemeldet ist, wird auch entlassen, anderen geben sie nur einen Arbeitsauftrag mich weisen sie gleich aus. Warum macht man denn eine so große Ausnahme bei mir. Meine Vorstrafen halber hat man doch kein Recht mir hinderlich zum Arbeiten zu sein. Hätte



man mir wenigstens in Ruhe gelassen so hätte ich doch noch die 14 Tage angenommen. Aber so riefen sie mich von neuem ins Amtszimmer nur um mich zu chikanieren, ich habe mich nicht mehr zu halten gewußt, ich habe dem Kerl ins Gesicht gespuckt, man hätte mich doch können in Ruhe lassen, es wäre besser gewesen, ich hätte die 14 Tage angenommen. Jetzt bin ich anstatt 14 Tage schon zwei Monat eingesperrt. Ich war dort auch mit zwei Leute eingesperrt, der eine davon wurde vom Aufseher wegen nichts und wieder nichts an der Gurgel gepackt und gewürgt, geschlagen und an die Wand gestoßen, dann zog er ihn aus der Zelle hinaus und mißhandelte ihn noch draußen wo zwei Gefangene standen, welche das Gefängnis zu reinigen haben, zu denen sagte er, sie sind Zeuge sie haben es gesehen, da sagte der eine, ich habe nichts gesehen, das sind nämlich alle so Kriecher, welche die Hausarbeiten machen, auch nannte er ihn einen Saujuden oder so ähnlich. Das waren nämlich Juden, aber recht anständige Leute, welche wegen Hausieren da waren, und einem so rohen Hallunken wird unser einer ausgeliefert. Der erste beste Stallbankler, wenn er ein paar Jahre beim Militär gedrillt worden ist, so nennt man so einen Rammel einen militärisch gebildeten Mann und er ist fähig ein Amt zu bekleiden. Dieser Aufseher war jedenfalls von den christlichen Judenhasser so aufgehetzt, daß er sich in seinem Fanatismus gar nicht mehr zu helfen wußte. Derartige Rammel sind ja überhaupt in Religionssachen leicht aufzuhetzen, ich habe auch mit dem ganzen Schwindel bei mir schon längst abgerissen, ich bin in Minsdorf aus der Kirche ausgeschieden. Ich habe mir meinen Gott und meine Religion selbst gemacht und mein Pfaffe bin ich selber; ich habe in Minsdorf alle Jahre 8 Mark Kirchensteuer zahlen müssen, wie komme ich denn dazu, ich brauch doch keinen Pfaffen. Da bin ich lieber im Feuerbestattungsverein beigetreten, das kostet auch nur das Jahr 3 Mark, da habe ich die 3 Mark doch wenigstens für einen guten Zweck ausgegeben. Denn wenn ich tot bin, möchte ich auch einmal lieber verbrannt werden, als von den abscheulichen Würmern aufgefressen werden. Herr Doktor ich möchte Ihnen bitten, das Sie mich bald wieder entlassen, denn jetzt im Frühjahr ist es am leichtesten Arbeit zu finden. Wenn es einmal schon später ist, dann weiß man sich nicht mehr auszureden, wenn sie einem fragen, wo man zuletzt war, ich kann doch nicht sagen, daß ich aus dem Irrenhaus komme, ich muß immer sagen, daß ich den Winter durch zuhause war bei meinen Verwandten. Ich fühle mich jetzt gänzlich wohl und wenn ich in Arbeit stehe, fehlt mir überhaupt nichts. Die zwei Jahre wo ich in Leverkusen gearbeitet habe, hat mir gar nichts gefehlt, und ich habe niemals gehört, daß man mich für geisteskrank hielt, ich habe sogar an einem Apparat gearbeitet, ich habe nämlich destiliert. Nur wenn ich ohne Arbeit bin und immer von der Polizei herumgejagt, bekomme ich so Angst, weil ich mich nicht nachweisen kann wo geschlafen habe, wenn irgend ein Verbrechen be-

gangen wird, denn man kann hinkommen wohin das man will, überall passieren Verbrechen, und gleich hat man Verdacht auf mich, daß ich mich hierin nicht täusche habe ich ja gesehen vergangenen Herbst wo man mich wegen einen Mord in Verdacht hatte. Nun kommt noch dazu, daß einem die Polizei, Gericht und Gefangenwärter auf jede Art und Weise brutalisieren und beleidigen. In der Freiheit bekomme ich nie Streit, ich gehe jeden Händel aus dem Wege. Ich habe auch in meinem Leben noch Niemand gemißhandelt weder einen Mensch noch ein Tier, überhaupt habe ich noch nie Jemand beleidigt oder verläumdet, ich war auch deshalb noch nie vor Gericht. Ich würde vergangenen Sommer ausgewandert sein, wenn mich nicht noch etwas anders zurückhalten würde. Denn ich sagte mir lieber in Serbien oder Bulgarien als Vagabund herumtreiben, als wie mich hier beständig von der Polizei herumjagen lassen und von einem Kittchen ins andere. Ich habe nämlich eine Erfindung gemacht und die möchte ich gern herausgeben und von dem Geld was ich hierfür lösen würde, einen kleinen Handel in Berlin anfangen, ich möchte nur deshalb nach Berlin, weil ich da in der Stadt und in der Nähe meine Verwandten habe. Ich habe meine Erfindung schon über ein Jahr gemacht und habe im letzten Sommer noch viel daran verbessert. Ich hatte sie aber nur ganz in kleinem hergestellt und das sah mir zu Spielzeug mäßig aus und zweitens ging es etwas unregelmäßig, weil ich eben die richtigen Gegenstände in kleinem, welche ich dazu brauchte in keinem Geschäft zu kaufen bekam und in großem konnte ich es nicht machen, weil ich dazu mindestens 200 Mark brauche, hätte ich irgendwo Arbeit gefunden, so wäre mir dieses eine Kleinigkeit gewesen, ich kann sparen in 4—5 Monaten hätte ich mir soviel verdient gehabt. Schon aus diesem Grunde hätte ich so gerne gearbeitet. Jetzt denke ich doch Arbeit zu finden, denn das Frühjahr fängt an. Ich möchte Ihnen bitten Herr Doktor um meine baldige Entlassung.

Hochachtungsvoll

Unterzeichnet

Otto Respel.

Respel über das Landstreichertum. — In den folgenden Aufzeichnungen setzte Respel seine sozialkritischen Betrachtungen fort.

Geehrter Herr Doktor! Die Kunden lassen sich in drei Kategorien einteilen, die erste ist die, welche arbeiten wollen aber keine finden können. Die zweite besteht aus Kranke, und die dritte aus Fahrtmänner. Die erste Klasse läuft meistens auf der Landstraße herum, betteln nur soviel als sie notwendig haben um nicht zu verhungern bis sie verschiedene Male bestraft worden sein wegen Bettel und Landstreicherei bis sie wissen daß ihnen das Arbeitshaus blüht, dann flüchten sich die meisten nach



irgend einer großen Stadt und suchen Anschluß an die Fahrtmänner. Die zweite Klasse, das sind Kranke; da habe ich schon verschiedene Leute angetroffen, eine sehr große Menge hat es welche das Wasser nicht halten können und überall ins Bett schiffen [1]), sie können schon keine Arbeit mehr annehmen, weil sie überall mit Schimpf und Schande weggejagt werden; dann hat es auch viel Trunksüchtige. Dann giebt es Kunden, die von einer furchtbaren Unruhe gequält werden, zu dieser Kategorie gehöre ich auch. In meiner Jugend war es viel schlimmer als jetzt. Am schlimmsten war es bei mir im Frühjahr und Herbst und das ist meistens bei alle gleich. Ich halte das für eine Krankheit, denn ich sage mir warum können denn die anderen Leute alle ruhig auf einen Platz verbleiben und ich nicht; manche Leute sind ihr Lebtag noch nicht aus ihrem Heimatsort herausgekommen, ebenso glaube ich es bei den Trunksüchtigen, da nehme ich mir wieder selbst zum Beispiel. Ich habe von früher Jugend unter Trunksüchtigen gelebt und bin doch kein Trinker geworden und habe noch so viele kennen lernen. Jetzt frage ich mir warum bin denn ich kein Trinker geworden und die anderen sind es geworden. Viele sind auch Trinker auf der Walze geworden, durch Betteln ist schon mancher Trinker geworden, denn die meisten Kunden schämen sich betteln zu gehen, sie müssen erst zuvor etwas trinken, damit sie etwas im Kopf haben, der Alkohol verdrängt das Schamgefühl. Gerade die im betrunkenen Zustand betteln gehen sind meistens noch wirkliche Arbeiter, die man in kein Haus reinbringt, bevor sie nicht ein paar Schnaps im Bauch haben. Wenn nun diese Leute allzulange auf der Walze sein, so gewöhnen sie sich an den Alkohol und am Ende sinkt er immer tiefer bis der Trunkenbold fertig ist. Dann habe ich eine sehr große Menge Geisteskranker kennen gelernt, so daß es mich jetzt nachdem ich schon selber verschiedene Male im Irrenhaus war mich oft an den Pennen von früher erinnert. Da sitzt zum Beispiel einer in der Ecke und fängt mit einem Mal an zu weinen; frägt man ihn warum daß er weint, so giebt er einem zur Antwort, weil er keinen Vater und keine Mutter mehr hat. Ein alter Kerl von 40—50 Jahre. Ein anderer rühmt sich daß er alle Tage 5—6 Mark betteln tut, man sieht ihn weder etwas essen noch trinken; Abends hat er kein Schlafgeld; kommen die anderen die wirklich betteln waren und legen Brot auf den Tisch, so ist er der erste der es verschwinden läßt. Ein anderer stamt mindestens von einem Grafen ab, und seine Verwandten sind alle Generale. Wenn einer mal sagt sein Verwandter sei nur Major oder Oberst, das ist immer noch ein bescheidener Mensch; derartige Kranke habe ich viel in Ungarn ge-

[1]) Wichtiger Hinweis auf die Art des pathologischen Materials unter den Kunden.

troffen, ganz das gleiche wie im Irrenhaus. Dann gibt es noch die Hommosexuellen, die gehen aber nicht auf die Landstraßen, sondern halten sich immer nur in großen Städten auf, jedenfalls weil sie da ihre Leidenschaften besser befriedigen können. Die dritte Kategorie sind die Fahrtmänner, das sind diejenigen, welche auf eine passende Gelegenheit warten bis schnell mit einem Streich sich zu bereichern, mancher von diesen ist Jahrzehnte auf der Fahrt bis er sein Ziel erreicht, mancher nur ein paar Jahr, ein anderer wieder stirbt im Zuchthaus. Die allerwindigsten und brutalsten sind die Bremser; diese kennen gewöhnlich alle Hommosexuellen in der Stadt, Bremser ist nämlich Erpresser; diese nehmen sich irgend einen jungen Kerl, welche sie ja immer treffen bei dieser Arbeitslosigkeit. Man nennt diese jungen Kerls Angeln und die müssen dann den Hommosexuellen verschleppen; dann tritt der Bremser als Macher auf, das weiß der nun schon herauszulocken. Wenn man bedenkt wie viel Bremser daß in einer so großen Stadt liegen und alle Jahr aus Jahr ein Cavalier mäßig leben, dann kann man sich einen Begriff machen, wie viel Geld erpreßt wird und wie die eigentlichen Verbrechen überhaupt nicht an den Tag kommen. Da hat sich schon mancher eine Kugel im Schädel gejagt und kein Mensch hat gewußt, warum außer der Erpresser. Meiner Ansicht nach muß das ein ganz einträgliches Geschäft sein, denn diese Bremser haben immer Geld genug und die Polizei kann diesen Leuten nichts machen. Wie sie sehen Herr Doktor, hat das Wort Kunde einen weitgehenden Begriff vom richtigen Handwerksburschen bis zum raffinierten Gauner. Allerdings bleiben diese Kunden alle miteinander etwas in Verbindung insofern der große Gauner hat auch nicht immer Glück, manchmal hat er sich auf einen Schlag verlassen, das Unternehmen ist mißglückt, in keinem bessern Hotel kann er nicht mehr gehen, weil das Geld nicht mehr reichen will. Dann macht er sich wieder unter die Kunden niederen Ranges, der eigentliche Gauner kann heute im Bruch sein, morgen schon wieder Cavalier, daher kommt es auch, daß sich die gewöhnlichen Gauner und die feinen Gauner miteinander kennen, weil sie meistens durch Umstände zusammen geführt werden; ihre Verkehrslokale hat jede Kategorie für sich, denn ein feingekleideter Herr kann nicht in einer Bruchpenne verkehren, die Polizei würde ihn sonst geschwind holen. Ist man aber im Bruch, so wird man so wie so nicht in einem feinen Lokal gelitten. Was aber die wirklichen Gauner sein die verlegen ihr Lokal von Zeit zu Zeit wegen der Polizei. Gesetzt den Fall, ein Frankfurter Kunde oder Gauner will nach Berlin; da erfährt er schon von den Berlinern oder Frankfurtern, welche schon in Berlin waren, wo er hinzugehen hat, wenn er nach Berlin kommt. Wenn aber einer mal Jahre lang auf der Fahrt ist, so trifft er überall Bekannte, auch wenn er ins Ausland geht. Man schreibt und spricht so viel von dem Stromertum, welches die Landstraße unsicher machen. Das Sonderbarste ist, daß ich selbst noch nichts davon gesehen habe. Diejenigen Leute, welche solchen Unsinn schwätzen



mögen sich nur sagen lassen, daß heutzutage die Gauner von einer Stadt zur anderen fährt, denn erstens sind sie in der Stadt sicherer und zweitens ist auf dem Lande nicht viel zu holen. Diejenigen welche heutzutage noch auf der Landstraße herumlaufen sind alles arme Teufel, welche der Arbeit nachgehen und unterwegs schweren Kohldampf schieben. Die Kunden machen sich darüber lustig, wenn so rechter Unsinn in der Zeitung kommt. Ich habe auch schon oft gelesen in der Zeitung daß die Kunden nur betteln, weil sie nicht arbeiten wollen. Das ist ein Unsinn, man denke sich eine Stadt wie Frankfurt, wo ich vor einem Jahre mal gebettelt habe von früh morgens 9 Uhr bis nachmittags halber vier, habe ich 1 M bis 1,20 M gehabt und was meinen sie wie viel Treppen daß ich da auf und abgelaufen bin, das ist so gut wie gearbeitet. Wenn man den ganzen Tag Treppe auf Treppe ab gesprungen ist, dann weiß man was man getan hat und dann den ganzen Tag die Polizei hinter sich hat, keine Minute ist man sicher das einem der Schutzmann am Kragen hat; es ist überhaupt sonderbar, daß es noch Leute giebt, die solchen Unsinn glauben. Die Reichen geben so wie so nichts, da braucht man nicht hinzugehen, der Knopfmucker [1]) ist deshalb nur auf die Arbeiter angewiesen, die sind aber wieder den ganzen Tag nicht zu Hause, sondern bei der Arbeit, da sind nur die Frauen zu Hause, die eine Herde kleiner Kinder haben, also bei die Allerärmsten und gerade bei der muß man sehen, daß man ein oder zwei Pfennig erwischt, da ist man froh wenn man aus einem 4stöckigen Haus 2 Pfennige herausbringt, der einzige Tag ist der Sonntag wenn der Arbeiter zu Hause ist, da kann man sich bis Mittags 2 Mark holen wenn die Konkurrenz nicht zu groß ist, denn wenn man gerade in ein Viertel läuft wo schon 3 oder 4 gebettelt haben, da kann derjenige welcher nachherkommt nichts mehr machen. Es gibt wohl auch wohlhabende Leute, die gut sein und gerne etwas hergeben, aber der Fremde, der Kunde kennt doch die Leute nicht, erst muß er die gute Leute suchen und wenn er das will so muß er Haus für Haus gehen, bis er aber da irgend eine gute Frau gefunden hat, derweilen hat man schon zwanzigmal der Polizei telephoniert Schutzmann Schutzmann geschwind es ist ein Bettler da, das ist gut für die Einheimischen, weil die die guten Leute schon kennen und nicht lange suchen brauchen. Diejenigen, welche das Kundenleben kennen lernen wollten sollten selbst mit betteln gehen, so 3—4 Monate dann würde es einer ganz genau wissen wie es ist, ich weiß das es Leute giebt, welche ein paar mal eine Penne besuchen und nachher darüber in den Zeitungen große Artikel schreiben; ich will zugeben, daß es einzelne Kunden giebt, welche eine Art Bettlergenie besitzen, daß diese mehr bringen als der Durchschnittskunde, aber das sind nur einzelne Fälle, Krüppel oder Kerls die man schon von weitem ansieht, daß sie

[1]) Bettler



krank sind. Ich habe wohl Leute kennen gelernt, die auf feine Bettelei gegangen sein, eine Art Hochstabler, aber die gehen nicht auf der Landstraße und verkehren auch nicht auf der Penne. Es giebt Kunden, welche das Kundenleben eine Art Wichtigkeit beimessen wollen; hauptsächlich sind dieses junge Burschen, die erst von Muttern kommen, denen das Kundenleben noch etwas neues ist oder es sind von denen welche nur in den abgelegenen Dörfern betteln, welche man auch Speckjäger nennt. Die Zeichen, die oft an den Türen und Häusern angebracht werden sind meist von Kunden, aber diese Zeichen haben keinen Sinn, das ist eine Art Manie sich zu verewigen, das gleiche wie man auf den Herbergen zur Heimat auf dem Abort die Namen findet; es hat also Kunden, welche ein Zeichen haben, wie der Aristokrat sein Wappen, das sind meistens Spinnmeister [1]). Wenn aber nun die Leute so etwas gewahr werden, dann zerbrechen sie sich den Kopf, was das bedeuten soll und so entstehen die Märchen, welche von vielen Kunden noch bestätigt werden. Die Herbergen zur Heimat gehören einer Gesellschaft von protestantischen Pfaffen, die Grundstücke, die Bauten, Betten und Mobiliar, sind vom gebettelten Gelde angeschafft worden. Da haben seiner Zeit die Pfaffen im ganzen deutschen Reich gebettelt um nun diese Herbergen zu gründen. Jetzt aber nachdem alles eingerichtet ist, haben diese Herbergen doch kolossale Überschüsse, denn soviel mir bekannt ist zahlen diese Herbergen nicht einmal Steuern. Wo kommen nun diese Überschüsse hin, kein Mensch weiß es außer diejenigen, welche sie in Empfang nehmen; es giebt viele Leute, welche glauben, daß man auf den Herbergen zur Heimat was geschenkt bekommt oder wenigstens etwas billiger. Ja ich habe schon Leute beim Betteln getroffen, welche mir gesagt haben, gehen sie nur auf die Herberge, da bekommen sie alles Schlafen, Essen, Trinken, Kleider, Schuhe alles was sie brauchen. Da weiß man nicht was man denken soll, sind die Leute wirklich so saudumm oder sind sie nur so unverschämt unser einem noch zu verspotten. In der Herberge zur Heimat ist alles viel teurer und schlechter wie in den Wirtschaften niederen Ranges, in den Heimaten kann man sich aber aufhalten, wenn man da schläft ohne etwas zu verzehren, was in einer anderen Wirtschaft nicht der Fall ist, deshalb ist man gezwungen, dort hin zu gehen, damit ist gewöhnlich dieses oder jenes von den Kleidern in Bruch, außerdem sieht man dem gebettelten Gelde immer an wo es her ist. Vergangene Weihnachten war ich in Mannheim. Wir organisierten Arbeiter sind von den arbeitenden Kollegen beschenkt worden; die unverheirateten Collegen haben uns unter anderem am Weihnachtsbaum ein Fest gegeben und uns gut bewirtet, für mich war also gesorgt,

1) Geisteskranke

aber nicht für meinen Collegen. Derselbe war nicht im Verband, ich redete ihm zu er möchte doch in die Herberge zur Heimat gehen und bei Zeiten sehen daß er eine Schlafkarte bekommt, dann würde er auch beschenkt und wirklich hat er noch eine Schlafmarke erwischt. Wir standen noch eine ganze Zeit vor der Herberge zur Heimat und sahen zu wie die Leute ganz schöne Kleider hineintrugen, welche zum Geschenk für die Kunden bestimmt waren; unter anderem brachte ein 12—13-jähriger Junge ein Paar tipp toppe Schuhe und die waren so fein und elegant da frug ich den Jungen, nun Kleiner, wo willst du denn mit den Schuhen hin? Da sagte er mir, die hat mir die Mama gegeben, die soll ich in die Herberge tragen, die bekommen die Handwerksburschen zum Weihnachtsgeschenk. Da sagte mir mein College, du das ist glatt, das kann brummen, da kann ich mir vielleicht aus den Bruch reißen, ich sagte ihm aber gleich freue dich nur nicht zu früh, wer weiß wo das alle hinkommt und es war wie ich im Voraus gewußt habe, mein College bekam ein altes Hemd, welches man auf der Herberge für 10 Pfg. kaufen kann, ein paar Socken und ein paar Äpfel und Nüsse. Er sagte mir, er habe genau aufgepaßt von den Kleidern, welche reingetragen worden sein, habe er überhaupt nichts gesehen verschenken, auch nicht die schönen Schuhe, über welche wir uns so gefreut hatten. Jetzt frage ich nun wo sind denn alle diese Sachen hingekommen? Ein paar Tage zuvor habe ich eine große Litanei in der Zeitung gelesen, man möchte doch auch der armen Handwerksburschen gedenken, welche hungernd und frierend auf der Landstraße ziehen, und wurde in Jesu Namen gebeten an diesem Tag Mitleid und Erbarmen zu haben, und wurde gebeten alles Abgelegte nach der Herberge zur Heimat zu schicken. Natürlich ein solcher Aufruf zieht bei den wohlhabenden Leuten haben die Mucker immer noch einen großen Einfluß; da strömen die Kleider von allen Seiten zusammen, solche Aufrufe sind für die Mucker immer ein gutes Geschäft und die wohlhabende Leute haben dadurch ihr Gewissen beruhigt, denn die sagen sich nun, ja ich habe auch etwas dazu beigetragen die Not zu lindern. Daß heutzutage noch ein solcher Schwindel gelitten wird, denn diese Mucker müssen ja doch helfen die Ungerechtigkeit aufrecht zu halten. Daß hin und wieder eine Ausnahme vorkommt will ich ja zugeben, zum Beispiel soll der Herbergsvater in Darmstadt so ein weißer Rabe sein, der soll von den guten Kleidern welche die Leute zu Weihnachten schenken an den Kunden hergeben auch gibt er Tabak her, welchen die Zigarrenhändler als Abfall schicken, ich bin auch ein paar mal bei ihm gewesen, auf mich hat er auch einen bessern Eindruck gemacht als die übrigen Herbergsväter, welchen die Habsucht schon aus den Augen schaut, der in Darmstadt tut auch prinzipiell kein Bier ausschenken, obgleich es ihm gestattet ist und er dabei sich besser stehen würde; nun ja es giebt eben keine Regel ohne Ausnahme. Die meisten Herbergsväter und Brüder zur Heimat stammen alle von diesen Fahrtmännern ab, daß waren alles so



Streber, welche sich durch irgend einen Streich zum reichen Mann machen wollten, dabei aber ins Gefängnis oder Zuchthaus gekommen sein, sich dann von den Pfaffen sich haben bekehren lassen und mit deren Hilfe sie ins rauhe Haus gekommen sein, wo man sie zu diesem Beruf ausgebildet hat. Man schreibt immer in den Zeitungen man solle den Bettlern nichts mehr geben, das ist ganz unnütz, denn wenn die Bettler von der besitzenden Klasse leben sollte, so gebe es schon längst keine Bettler mehr, sie würden schon längst alle verhungert sein, und bei den Arbeitern ist der Schwindel nicht angebracht. Sind doch die meisten Arbeiter schon selbst arbeitlos gewesen und haben Kohldampf geschoben; manche sind sogar selbst Kunde gewesen, diese Leute glauben mir immer noch mehr als einem verschrobenen Pfaffen oder Mucker grade das Gegenteil wenn die Arbeiter so etwas in die Zeitung lesen, dann wird es in der Familie und im Wirtshaus besprochen und da kann dieser Quatsch nicht standhalten; er wird wiederlegt, weil immer ein Teil darunter ist, welche alles selbst mit durchgemacht haben. Am besten für uns sind die Sozialdemokraten, wenn man die am Sonntag antrifft, so gibt ein jeder etwas und sie sind nicht so gemein wie der Bürger, welche einem noch der Polizei verrät, überhaupt wenn man sein Verbandsbuch in Ordnung hat und man ist allen seinen Pflichten nachgekommen. Herr Doktor seien sie doch so gut und bewirken sie mir den freien Ausgang. Sie wissen ja alle recht gut, daß ich nicht eine solche Dummheit mache und fortlaufe. Wie sie sehen Herr Doktor bin ich doch gesund, ich werde doch nicht so dumm sein und mir solche Unannehmlichkeiten machen und fortlaufen, wenn ich doch weiß, daß man mir freilassen muß, denn ich habe doch mit der Polizei nichts zu tun und ist deshalb gar keine Ursache vorhanden, daß ich weglaufen sollte, übrigens habe ich überall in den Anstalten freien Ausgang gehabt und werden in den Akten finden, daß ich niemals einen Versuch gemacht habe, durchzubrennen. Hochachtungsvoll unterzeichnet Otto Respel.

C. Stellung Respels zu seiner Kriminalität. — Auch bei den mündlichen Explorationen stellt Respel alle Vorgänge seines Lebens genau so dar wie in seinen schriftlichen Aufzeichnungen und wie sie aus den Akten bekannt sind. Insbesondere schildert er oftmals seine Kumpane: Garschagen, den kräftigen Kerl, einen gutmütigen Säufer, der aber im Rausch sinnlos gereizt wurde, und „Herrmann" d. i. Doree, den er selber in etwas absichtlich-romanhafter Weise in ein geheimnisvolles Dunkel hüllt, den „Führer". Wesentliche Ergebnisse hatten eigentlich bloß noch die Fragen über die von ihm nicht schriftlich geschilderten psychotischen Zustände im Zuchthaus, über seine zwei Haftreaktionen in den Gefängnissen in Aschaffenburg und Mannheim, sowie endlich die angedeutete Haftreaktion auf die Beschuldigung der Staatsanwaltschaft, der Mörder von Dorndiel zu sein.



Zusammenfassend läßt sich über diese Dinge etwa folgendes sagen: Er hält auch heute noch daran fest, daß ihm mit den Urteilen von 1895 und 1896 Unrecht geschehen sei. Er leugnet zwar nicht, eine ganze Menge „ausgefressen“ zu haben; „aber darüber wollen wir doch weiter nicht sprechen“. Man kann nicht einmal sagen, daß er die Schuld auf seine Kameraden abwälzt, wenngleich er oftmals betont, daß er von den beiden andern „mitgenommen“ und zum Schmierestehen verwendet worden sei. Es ist wohl so, daß wie in der Mehrzahl der Delikte, die mehrere Täter gemeinsam begehen, so auch hier der Einzelne sich gar nicht voll verantwortlich fühlt; er ist ja nur ein Glied, das ausführende Organ ist das Ganze, die Gemeinschaft. Viel charakteristischer aber ist noch, daß bei Respel das Schuldgefühl für das, was er begangen hat, in gar keinem Verhältnis steht zu dem Bewußtsein des angeblich erlittenen Unrechts, der Strafe für das, was er angeblich nicht begangen hat. Man habe ihm doch nicht nachgewiesen, daß er auf den Bahnhofsvorsteher von Sarraz geschossen habe; das könne man ihm auch gar nicht nachweisen; da sei die Strafe von 17 Jahren Zuchthaus unerhört hoch. Auf die Frage, ob er es nicht doch getan habe — jetzt sei die Sache ja erledigt, und er könne es ruhig sagen —, meint er mit freundlichem Lächeln: „Das werde ich Ihnen gerade erzählen.“ Noch viel mehr fühlt er sich im Rechte hinsichtlich seiner doppelten Verurteilung: wegen des Einbruchs in Grenchen und in La Sarraz. „Der gesunde Verstand hätte den Leuten sagen müssen, daß nur eine der beiden Verurteilungen richtig sein kann.“ Bezüglich Grenchens behauptet er anfänglich, er sei es gewesen, der dort den Einbruch verübt habe; wenn er die Tat später geleugnet habe, so habe er das nur getan, um wenigstens diese Strafe von sich abzuwälzen, da ihm das mit der andern nicht gelungen sei. Als man ihn aus den Akten darüber aufklärt, daß seine ganze Beweisführung nicht stimme, da der Einbruch in Grenchen 4 Nächte vor demjenigen von La Sarraz stattgefunden habe, wird er anfangs ein wenig unsicher und erklärt, das in den Akten niedergelegte Material stimme ja alles nicht, 6 Zeugen hätten mindestens fahrlässig falsch ausgesagt, schildert dann aber in seinem Lebenslauf ganz offen die Sache so, wie sie wirklich gewesen ist: daß Doree und noch jemand die Tat von Grenchen begangen haben. Trotzdem bleibt er generell bei seiner Behauptung, ihm sei unrecht geschehen. Im Staatsrat habe man eben beschlossen, die gefürchteten Einbrecher um jeden Preis unschädlich zu machen. Der Anwalt habe sich gar keine Mühe gegeben. Nach der Verurteilung habe „man“ den Direktor des Zuchthauses angewiesen, ihn zu chikanieren.

Die Gefängnispsychose. — Nachdem alle Rechtsmittel ihm nichts geholfen hätten, habe er dann — er wisse nicht mehr genau, wann, es müsse wohl um 1903 gewesen sein — „Flüsterstimmen von innen heraus“ gehört: „Jetzt wollen wir ihm schon helfen, jetzt kommen wir hinten dran.“ Auch sei so eine quälende Unruhe über ihn gekommen.

Im übrigen sei gerade für diese Zeit sein Gedächtnis besonders schlecht und verblaßt. Das hat er ja auch in seinem Lebenslauf bereits ausgeführt. Er erinnert sich an alles aus dieser Zeit nur höchst summarisch. Er habe auch manchmal etwas gesehen — bei geschlossenen Augen: „Fratzen in Zuchthauskleidern". „Da mußte ich mich raufen den ganzen Tag lang. Ich habe es gar nicht begreifen können. Das meiste habe ich jetzt auch wieder vergessen. Aber ich war kolossal aufgeregt und hatte kolossal Angst." An seinen rabiaten Brandstiftungsversuch will er sich überhaupt nicht erinnern; ebensowenig an den Rattenbrief; jedoch erkennt er ihn, als man ihm das Original zeigt, wieder und dabei fällt ihm die Sache dunkel wieder ein. Sehr hübsch und treffend sagt er: „Ich habs damals als Traum aufgefaßt, aber als einen, der doch zutrifft."

Ebensowenig will er mehr etwas Genaueres von seinen Nahrungsverweigerungen in den Gefängnissen zu Aschaffenburg und Mannheim wissen. Seine ungeheuerlichen Eingaben ans Gericht findet er selbst „komisch". Dann sagt er, ebenfalls sehr hübsch, er habe sie „nicht ernst gemeint", er habe sie „in der Aufregung geschrieben", „aber mit Absicht". Einmal behauptet er, er habe damals simuliert, ein andermal, das sei nicht der Fall. Er ist sich also selbst nicht über jene Zustände klar.

Davon, daß er auch in Deutschland dauernd von den Behörden verfolgt werde, ist er auch heute noch absolut überzeugt. Aber er hat seine Vorstellung von diesen Verfolgungen nicht im Sinne eines Systems ausgebaut oder über die Mittel dieser Verfolgung nachgedacht. Er begründet seine Meinung lediglich mit seinen allgemeinen sozialen Anschauungen. Was die letzteren über eine originelle Mischung sozialdemokratischer Zeitungsphrasen und eigener Erlebnisse hinaus an Wertvollem enthalten, wird der kritische Leser bereits entnommen haben. Er bleibt jedenfalls dabei: alles könne ihm als Verbrechen ausgelegt werden; z. B. sei doch die Anschuldigung bezeichnend, daß er der Mörder von Dorndiel gewesen sein soll. Nur weil er gerade damals — nicht mal in der Gegend, nur weil er gerade in der weiteren Umgegend war. Er sei wie gelähmt gewesen vor Schrecken, die Sprache habe ihm versagt. Glücklicherweise sei es ihm durch einen bloßen Zufall möglich gewesen, sein Alibi zu erbringen. „Aber denken Sie mal wenn das nicht möglich gewesen wäre. Es war ja der reine Zufall. Dann hätten sie mich unschuldig drin gehabt, dann wäre ich hingerichtet worden, bloß weil ich den Behörden verdächtig bin." Deshalb melde er sich auch überall polizeilich an, um ja keine Unannehmlichkeiten zu haben. Deshalb vermeide er alles, was ihn wiederum mit Polizei und Gesetz in Konflikt bringen könne; noch einmal möchte er das alles nicht erleben, was er durchgemacht habe.

Die „Erfindung". — Es bleibt noch übrig, von seiner Erfindung zu berichten. Dies Kapitel ist vielleicht am bezeichnendsten für seine ganze Persönlichkeit und zeigt auch sehr klar die Grenzen seines Intellekts. Er hat das „Mobile perpetum" erfunden. Schon seit vielen Jahren hat



es ihn beschäftigt; seine Freunde haben immer gemeint, er spinne. Deshalb habe er niemandem etwas davon gesagt. Im Jahre 1909 sei es ihm endlich eingefallen, so wie es richtig ginge. Er habe aber nie die Mittel gehabt, ein großes Modell davon auszuführen.

Es wird ihm nun in der Klinik eine kleine Werkstatt eingerichtet und das nötige Material in großen und kleinen Rädern beschafft. Sofort begibt er sich höchst eifrig an die Arbeit, nagelt die Räder zusammen und verbastelt sie mit einem System von Stricken; er ist dauernd sehr hoffnungsvoll und fest vom Gelingen überzeugt; jede Enttäuschung, sobald das Ding nicht gehen will, führt ihn zu konstruktiven Änderungen, er spielt sich dabei mehr und mehr in die Rolle des Konstrukteurs hinein, entwirft allerhand Zeichnungen usw. Sein Apparat ist trotz seiner Größe und Schwerübersichtlichkeit in der Idee höchst primitiv: ein System von größeren und kleineren Rädern mit peripheren Gewichten; die Räder sollen durch die Gewichte in Bewegung gesetzt werden und sind durch Transmissionen derart verbunden, daß immer, wenn die wirkende Kraft eines Gewichts aufhört, die eines andern an einem andern Rade beginnt.

Nach dreimonatigem Aufenthalt in der Klinik wurde Respel mit seinem Perpetuum mobile und einigen Geldmitteln entlassen.

Die Diagnose der Klinik lautete: Psychopathische Persönlichkeit.

Respel begab sich in eine mitteldeutsche Großstadt und fing dort einen Hausierhandel an. Er lebt noch heute dort, ohne mehr mit der Gesellschaft in Konflikt geraten zu sein. An den Direktor der Klinik und an mich schrieb er noch einige Briefe, die den Geist einer ehrlichen Dankbarkeit und Anhänglichkeit zeigen. Ihr wesentlicher Inhalt ist, daß die Behörden jener Stadt ihm einen Gewerbeschein ausgestellt haben, daß er von den erhaltenen Geldmitteln Waren gekauft habe, insbesondere Chemikalien und Mottengift, und daß er dadurch endlich so gestellt sei, in Zukunft ehrlich bleiben zu können. In seiner freien Zeit baut er an seinem Räderwerk weiter.

II. Kriminologische Folgerungen.

Wenn wir an die Aufgabe gehen, alles das zusammenzustellen, was uns aus dem dargestellten Falle an kriminologischer Erkenntnis zuwächst, so müssen wir uns zunächst den **Menschen** diagnostisch und psychologisch einzeln klarmachen. Wir gehen davon aus, daß Kriminalätiologie, wie wir eingangs andeuteten, immer Sache der Forschung am einzelnen Fall ist, wenn dieser Einzelfall für irgendeinen kriminologischen Typus einsteht; das letztere scheint hier nun im Falle Respel absolut der Fall zu sein. Daraus ergibt sich ein methodischer Fingerzeig: Wir werden alles, was Respel zustieß, und alle



Arten, in welchen er dazu Stellung nahm, von seinem psychologischen Typus aus zu begreifen suchen, der ja auf Grund des vorhandenen Materials sich sehr leicht und klar herausarbeiten läßt. Wenn uns dies glückt, so müssen sich aus dem kriminologischen Resultat — welches in dem oben wiedergegebenen Material niedergelegt ist, und aus dem psychologischen Faktor, der dies Resultat gezeitigt hat, auch die sozialen und Milieufaktoren in ihrer ätiologischen Rolle berechnen und bewerten lassen.

Respel ist nicht, wie von dem größeren Teile der Psychiater, die ihn beobachteten, angenommen wurde, ein chronisch Geisteskranker im Sinne der paranoiden Demenz. Wäre er das, so würde er nicht nach einer solchen Erkrankung von der Dauer eines halben Menschenalters noch diese Regsamkeit seiner Interessen und diese ungezwungene Natürlichkeit seines Gefühlslebens besitzen, die er nicht bloß im Zusammenhange mit seinen Erfindungs- und Verfolgungsideen, sondern anläßlich jedes Vorfalls in seiner Umwelt an den Tag legt. Es handelt sich bei ihm also nicht um einen fortschreitenden psychotischen Prozeß: er ist, wenn er auch seine Erfahrungen im Leben gesammelt hat und durch sie in seinem Verhalten nachhaltig beeinflußt worden ist, im Kerne seines Wesens der gleiche Mensch geblieben, der er von jeher war. Auch seine psychotischen Zustände, die er in der Haft gehabt hat, sind nichts seinem Wesen Fremdes, sondern gehen, wie noch zu zeigen sein wird, in einfühlbarer Weise aus seiner Affektivität, die sich unter der Wirkung der Haft und ihrer Begleitumstände außerordentlich gesteigert hatte, und aus seinem Phantasieleben hervor.

Wenn man also eine psychiatrische Diagnose machen will, so kann es nur die der „psychopathischen Persönlichkeit" sein.

Damit ist ja zunächst freilich wenig gewonnen. Sie besagt nur, daß wir in Respel einen besonders strukturierten Menschentyp zu sehen haben, ohne uns die Art dieser Besonderheit zu veranschaulichen.

Eine Reihe von Voruntersuchern hat diese Art nun näher bezeichnet, indem sie von Respels „moralischem Schwachsinn" sprachen. Unter ihnen ist jener ausgezeichnete Kenner der kriminellen Typen, der in seinem grundlegenden Werke über „das Verbrechen und seine Bekämpfung" sich gegen das Bestehen einer solchen psychopathologischen Gruppe ausgesprochen hat. Wir haben



darüber in einer früheren Arbeit bereits allgemein gehandelt. Derjenigen Gruppe, die wir daselbst als die dem moralischen Schwachsinn entsprechende psychologische Einheit abgegrenzt haben, gehört Respel nun zweifelsohne nicht an. Sein Gemüts- und Triebleben ist qualitativ durchaus regulär und gleichförmig entwickelt, es gibt da keine Defekte oder Perversionen; nur die Intensität dieser psychischen Züge ist ungewöhnlich heftig und besteht dabei zugleich mit einer relativen Flüchtigkeit derselben, die sich mit dieser Intensität nicht recht vereinigt.

Wir können uns die Art der psychopathischen Seelenstruktur Respels nahebringen, wenn wir von den als bekannt vorauszusetzenden psychischen Typen des Phantasten und des hysterischen Charakters ausgehen und zusehen, wie wesentliche Züge beider Typen sich in Respel zu einer neuen Einheit vereinigen. Wir würden auf diese Weise zur Darstellung seines Typus gelangen nicht durch vollständige begriffliche Determinierung — denn das wäre, wenn überhaupt möglich, aus den in früheren Untersuchungen dargelegten Gründen überaus schwierig — sondern vermittelst einer Beschreibung, welche die dominierenden Seiten seines Wesens am praktischen Einzelbeispiel hervortreten läßt, ohne sie in ihrer psychologischen Komplexion begrifflich und analytisch weiter aufzulösen. Wir halten uns der Frage fern, ob dies die Weise einer besonderen „verstehenden" Psychologie [1]) sei; wir haben dann jedenfalls erreicht, daß man sich den Charakter Respels in seiner spezifischen Besonderheit an der Hand unserer Deskription vergegenwärtigen und auf den adäquaten Typus des Menschlichen zurückführen kann; und mehr kann und soll die derzeitige Aufgabe der beschreibenden Psychopathologie nicht sein. Wir würden das allerdings um den Preis erreichen, die gesetzmäßige Einheit dieses Typus in ihrer abstrakten und theoretischen Fassung nicht vorweisen zu können. Und noch etwas wäre klar: eine solche Heraushebung der Wesenszüge am Einzelbeispiel ist kaum zu trennen von der Kennzeichnung der Reaktivität, die für uns ja auch nur an äußeren Anzeichen erfaßbar ist. Gerade diejenigen psychischen Typen, deren theoretische Fundierung uns nicht in vollem Umfang möglich ist, besitzen als wesentlichsten Merkmalsbestand eine be-

[1]) *Jaspers*, Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychol. Bd. XIV, S. 160 ff.



sondere Artung ihrer Reaktivitätsform und sind darüber hinaus nur schwierig isolierbar. Daß dazu der Phantast und der Hysteriker in erster Linie gehören, leuchtet dem Kenner dieser Typen unschwer ein. Wir können daher die besondere Darstellung der Struktur und der Reaktivität in diesen Fällen immer nur annähernd durchführen.

Respel besitzt Züge vom degenerativen Phantasten und vom hysterischen Charakter. Das erstere bedingt seine Neigung zum Abenteuerlichen, Fremdartigen. Das letztere bedingt den egozentrischen Charakter all der Gebilde, welche aus dem ersteren entstehen; es bedingt ferner seine Tendenz zur psychotischen Reaktion auf äußere Anlässe. Und diese Reaktion in der Haft und im Zuchthaus fällt — bei allen Zügen phantastischer Entgleisung, die ihr anhaften — doch spezifisch „hysterisch" aus: die wilden Wutreaktionen, das völlige Sichvergessen im Affekt, die verleumderischen Beschuldigungen gegen Richter und Staatsanwälte, die unzweifelhaft theatralische und simulatorische Komponente dieser Haftreaktionen beweisen das. Ein reiner Hysteriker ist Respel seiner Charakterartung nach nicht: er hat von ihm die egozentrische Einengung seiner Interessen, die rührselige Sentimentalität zugleich mit verschlagener Gewandtheit und nötigenfalls mit reaktiver Brutalität, und vor allem die Fähigkeit, sich in seine Affekte, Stimmungen und Begehrungstendenzen grenzenlos hineinsteigern zu können, bis ins Psychotische hinein. Diese Fähigkeit — gleichviel durch welche theoretischen Annahmen man sie sich erklären mag — ist die psychologische Basis alles dessen, was wir „hysterisch" nennen; alle andern Symptome sind unmittelbar oder mittelbar durch sie erzeugt oder ihrer Artung nach bedingt. Die Psychosen Respels sind solche Produkte des Sich-Verlierens in reaktiven Affekten, die das ganze Bewußtsein beherrschen und einengen; er selber schildert ihr Anwachsen sehr schön, besonders anläßlich seiner ungerechtfertigten Festnahme unter dem Verdacht, der Mörder von Dorndiel zu sein. Eine Folge unmittelbarer Art aus dieser spezifisch hysterischen Anomalie ist auch die Sucht nach Neuem und Besonderem, als ein Teil der Hemmunglosigkeit, mit der alle zufällig auftretenden Triebe und Bedürfnisse sich in ihm durchsetzen und Befriedigung verlangen. Hier aber verschmelzen die hysterischen Charakterzüge Respels mit der phantastischen Seite seines Wesens: der Sehnsucht und der Fähigkeit, sein Leben in besonderer, reizvoller,

über den gewöhnlichen Alltag hinausgehender Weise zu leben. Welches nun sind die psychologischen Grundlagen derartiger phantastischer Elemente?

Hier gilt allgemein der Satz: Das phantastische Moment an einem Charakter ist die Struktur einer besonderen Verarbeitungsweise psychischer Daten im Sinne einer Umwertung, durch welche dort besondere Formen der Befriedigungsmöglichkeit des Selbstgefühls gewährleistet werden, wo die letztere direkt nicht erzielbar ist; bei unaktiven und kontemplativen Naturen.

Auch Respel ist eine derartige Natur; der Wille und die spontane Aktivität ist bei ihm keineswegs ursprünglich besonders stark; sie erscheint relativ verstärkt nur infolge seiner hysterischen Hemmungslosigkeit. Im Grunde ist er eine asthenische Natur; aber so wenig spontane Energie, wie er autochthon zu entwickeln vermag, so wenig hat er auch seinen Trieben entgegenzusetzen. So entsteht leicht ein Anschein verbrecherischer Aktivität, welche ihm im Grunde wesensfremd ist.

Wenn in einem Charakter das phantastische Moment mit den hysterischen Zügen der Hemmungslosigkeit, der Triebwirksamkeit und der egozentrischen Einengung sich vereinigt, so entsteht eine Reihe komplizierterer seelischer Bildungen, von denen die bekannteste und psychologisch geklärteste die Pseudologia phantastica ist. Der Pseudologist hebt sich durch manche Besonderheit vom Phantasten ab. Gemeinsam liegt beiden Charakteranomalien die Zentrierung alles psychischen Geschehens um ein Selbstgefühl zugrunde, welches sich direkt und willenhaft nicht durchzusetzen vermag und infolge dieses asthenischen Momentes den Umweg über eine Bewertungsverfälschung der Umwelt nimmt. Der Ausdruck dieser Bewertungsveränderung ist im weitesten Sinne die phantastische Entgleisung. Es besteht jedoch ein Unterschied zwischen den Entgleisungen des Pseudologisten und des eigentlichen Phantasten: der Phantast verfälscht den Wert der Umwelt für sich, der Pseudologist verfälscht seinen Wert für die Umwelt. Dem Phantasten bedeutet die Umwelt etwas anderes, als sie real ist. Er substituiert der Wirklichkeit, die seinem Geltungsbedürfnis nicht gemäß ist, eine andere; damit ist er zufrieden. Der Pseudologist hingegen trägt sein Geltungsbedürfnis in die Umwelt



hinein und versucht es ihr mit allen Mitteln, außer denen der rohen Energie, aufzuoktroyieren. Nun sind das ja freilich ganz schematische Trennungen; und in der Wirklichkeit läuft es doch nur zu oft darauf hinaus, daß auch der Phantast sich selber in eine besondere Rolle hineinversetzt. Schließlich ist ja der Endzweck bei beiden die adäquate Befriedigung eines Selbstgefühls, dessen direkte Realisierung die asthenischen Momente des Charakters verhindern. Auch der Phantast ist Märtyrer oder Erfinder oder sonst eine besondere Persönlichkeit, wie der pathologische Lügner. Der Unterschied läßt sich aber auch in diesen Fällen an einem äußeren Index feststellen: der Phantast belügt sich selbst, der Pseudologist die andern. Daß er dabei auch sich selbst belügen muß, ist nur ein zufälliger Nebeneffekt, liegt aber nicht in der Tendenz seines Lügens. Denn, wie wir schon sagten: der Pseudologist erhöht mit indirekten Mitteln seinen eigenen Geltungswert für die Umwelt; seine Tendenz ist, die andern von seinem Wert zu überzeugen. Der Phantast hingegen gestaltet sich in seinem Vorstellungsleben die Welt so um, daß er vor sich selber berufen erscheint, etwas Besonderes in ihr darzustellen oder zu finden; und damit begnügt er sich, ohne Rücksicht auf die Meinung der andern. Es ist hiernach wohl klar, daß Respel kein Pseudologist ist; es fehlt ihm durchaus das primäre Bedürfnis, den andern eine besondere erlogene Meinung von sich beizubringen; wenn er lügt oder verlogen entgleist, wie in der Rosegg, so sind das nicht primäre Pseudologismen, sondern Haftreaktionsprodukte von ausgesprochen hysterischem Typus. Respel ist Phantast, und in seiner Phantastik um so viel kontemplativer, als es generell der Phantast gegenüber dem Pseudologisten ist.

Dennoch beherrscht dies phantastische Moment an Respel sein äußeres Leben nicht in einer Weise, die dem eigentlichen Phantasten und Wachträumer eigentümlich ist; und Respel ist dabei ein in seinem äußeren Leben durchaus real gerichteter Mensch, voll Aufrichtigkeit, Gewandtheit und mit offenen Augen. Und diese beiden scheinbar widersprechenden Wesenszüge, die Tendenzen zur Phantastik und Realistik, sind doch bei ihm einheitlich verbunden. Es sind verschiedene Momente, die das ermöglichen: einmal ist bei Respel die Fähigkeit zur phantastischen Vorstellungskombinatorik primär durchaus nicht besonders stark. Sein Innenleben ist weder so reich noch so



sensibel, daß es die durch Respels phantastische Umwertungstendenz gesetzte Aufgabe rein und allein bewältigen könnte. Es vermag die Inhalte nicht zu erzeugen, die als selbstgeschaffene wertvollere Eigenwelt das Leben in der realen äußeren Umwelt auch faktisch zu annullieren imstande wäre. So könnte leicht eine Diskrepanz entstehen zwischen jener Umwertungstendenz einerseits und der Unfähigkeit, sie inhaltbildend zu vollziehen, andererseits. Unzufriedenheit, die nicht abreagieren könnte, Pessimismus, grundlose Verbitterung, subjektiv empfundene Lebensunfähigkeit sind die Folge davon. Dieser Typus der Psychopathen ist ebenfalls dem Praktiker wohlbekannt. In diese Lücke nun, aus welcher sonst die Ziellosigkeit der Lebenshaltung, jene verstimmende inhaltliche Leere oder sogar Spaltung erwachsen könnte, die jede wirkliche Lebensbefriedigung ausschließen würde, schieben sich bei Respel die hysterischen Züge ein. Insbesondere die Sucht nach Neuem, die Inkonstanz und das Vorwiegen äußerer Triebregungen. Das gilt besonders von Respels Jugend und ändert sich etwas in seiner Reifezeit. Aber vor allem in seiner Jugend schafft Respel nicht sowohl sein reales Milieu im Sinne seiner Eigengeltung phantastisch um, als vielmehr sucht er sich ein solches Milieu in der Wirklichkeit aus, welches seinem Drang zum Abenteuerlichen und zur Unstete entgegenkommt. Und er verfährt dabei mit einer Hemmungslosigkeit, die wir aus seinem späteren Verhalten als hysterischen Wesenszug wiedererkennen. Er brennt durch, wird Schiffsjunge, Landstreicher und schwelgt zuletzt in der Rolle des Antisozialen; er führt ein Räuberleben, steigert sich in die Rolle des Heimatlosen und Ausgestoßenen hinein und ist der Mann, der die soziale Ordnung verachtet, weil er sie durchschaut hat in all ihrer „Ungerechtigkeit". So erlangt er in erhöhtem Maße den Eigenwert vor sich selber wieder, den die Sozietät ihm abspricht; ja so fühlt er sich, als die Strafe naht, als den Märtyrer der Gesellschaftsordnung. Und es ist diese selbe Phantastik, die späterhin, da er aus Furcht vor den Machtmitteln der Gesellschaft nicht mehr ihr entsprechend zu leben wagt, Ersatzbildungen schafft. Respel lebt nunmehr innerlich auf in dem Nachdenken über seine epochemachende Erfindung, in der Rolle des Konstrukteurs; er gibt sich selber ganz in dem Lichte der Bewertung, die er für sich selber früher gegen die Gesellschaft erzwingen wollte, nunmehr in seinen schriftlichen Aufzeichnungen; seine ganze

dort geübte Sozialkritik, so viel objektiv Bemerkenswertes sonst auch an ihr ist, baut sich auf dem Fundament dieser subjektiven Wertverfälschungen auf und spitzt sich immer wieder auf sie zu. Es ist dieselbe Phantastik, die sich akut in den Inhalten seiner reaktiven Psychosen offenbart Damit diese Ersatzbildungen eintreten konnten, damit jene Furcht in bezug auf seine äußere Lebensführung wirksam werden konnte, waren freilich zwei andere Faktoren notwendig. Der eine findet sich ebenfalls schon in Respels ganzer Charakteranlage präformiert: es ist der asthenische Faktor, den wir ganz allgemein als eine der negativen Voraussetzungen des Phantasten betrachten; im Grunde mangelt es ihm an ursprünglicher aktiver Energie, an jener starken und rücksichtslosen Spontaneität, mit der elementare Triebe sich durchsetzen, wie sie der Erethiker in reiner Weise aufweist. Der zweite Faktor ist eine gewisse psychische Nachreife, die bei Respel unverkennbar etwa um das Jaur 1905 abgeschlossen hat. Wir finden ein derartiges Phänomen gerade bei Hysterikern nicht selten. Es kommt zu einer gewissen Ausgeglichenheit und besseren Beherrschbarkeit des Willens durch verstandesmäßige Erwägungen, ohne daß sonst im Wesen der betreffenden sich etwas änderte. Aus beiden Faktoren erwächst eine ängstliche Passivität, die ihn dazu treibt, sich nunmehr möglichst unauffällig zu verhalten; die Pedanterie, mit der er sich überall polizeilich anmeldet, ist ihre extreme Folge. Er ist durch seine Erfahrung erzogen worden; freilich treten auch jetzt noch kleine Rückfälle ein und verraten, wie äußerlich und seinem Wesen fremd diese Erziehung geblieben ist.

Dieses Zusammensein von „hysterischen" und phantastischen Momenten, wie es Respel aufweist, zeichnet eine große Anzahl von Menschen aus, welche sich dabei nicht in dem Maße an Intensität so weit von der Norm zu entfernen brauchen, wie er es tut. Vor allem jugendliche Charaktere zeigen dieses Verbundensein beider Wesenszüge, die sich gegenseitig in ihrer Wirkung abschwächen, oft sehr ausgesprochen. Es charakterisiert besonders jene intelligentere Klasse der Asozialen, welche früh aus einer gewissen Abenteuerlust dem autoritären Zwang des Elternhauses und der Schule entlaufen, um etwas Besonderes, ihrem Phantasiebedürfnis — welches sie rein kontemplativ nicht befriedigen können — und ihren höchst realen und heftigen Triebregungen Angemessenes zu erleben. Unter den Fremden-



legionären, die zu meiner Beobachtung gelangten, fand sich dieser Typus besonders häufig. In der Tat ist diese Institution und die an sie geknüpften Vorstellungen: Kampf in fremden Ländern, Araber, Wüste, Löwen, die Möglichkeit, aus eigener Kraft zu hohen Stellen aufzusteigen, die Aussicht auf ungebundene Energiebetätigung — dem ganzen Kreise subjektiver Tendenzen, die aus einem solchen Charakter in der Gegenwart entwachsen können, höchst angemessen. Ein anderer Teil dieser Typen ist zeitweise Auswanderer gewesen, besonders nach Nordamerika, dem Lande der „unbegrenzten Möglichkeiten". Ihnen geht es ebenso wie den Fremdenlegionären dieses Schlages: sie fügen sich in das selbst erwählte soziale Milieu ebensowenig ein, wie sie es vorher in das hiesige zu tun vermochten; und wenn sie zurückkehren, schwelgen sie in phantastischen Ausmalungen ihrer Leidenszeit. Ein anderer Teil dieser Charaktere findet sich häufig in Großstädten als Mitglieder von Einbrecherbanden; besonders zahlreich ist er anscheinend in jenen jugendlichen Banden vertreten, welche sich nach außen hin mit einem gewissen Nimbus zu umgeben suchen und als „Schwarze Hand" und dergleichen Erpressungen begehen. Das alles sind nur Surrogate für das eigentliche „Räuberleben", welches diesen Charakteren als unbewußtes Ziel vorschwebt; und Respel ist deswegen ein so reiner Typus dieser Charakterstruktur, weil er auch dieses Räuberleben restlos realisiert hat, allerdings mehr zufällig als intendiert. Die geringsten, dicht bei der Norm befindlichen Grade dieser Charakterentwicklung sind diejenigen, für welche die abenteuerliche Schundliteratur und die ihr gleichenden kinematographischen Filme veröffentlicht werden. In dieser Feststellung liegt mehreres beschlossen: einmal die Häufigkeit dieses Typus. Sodann sein Vorwiegen bei Jugendlichen und bei Männern. In der Tat finden wir ihn bei älteren Männern nur sehr selten in asozialer Hinsicht wirksam; und das ist auch begreiflich, denn die Heftigkeit beider Eigenschaften muß allmählich verblassen, das liegt in der Natur sowohl der phantastischen wie der triebartigen Regungen, wenigstens da, wo sie zusammen auftreten. Ein Phantast, der nur in seinen Phantasien lebt und dessen sonstige Artung hiervon vollständig absorbiert wird, ist dem nicht ausgesetzt; dennoch habe ich auch in zwei solchen Fällen jene psychische Nachreifung eintreten sehen, die echte Pseudologisten allmählich im Lauf der Jahrzehnte wieder bis zu einem gewissen Grade sozial machte.



Um wieviel mehr ist das bei einem derartigen Typus wie dem oben gekennzeichneten der Fall! Endlich folgt aus unseren Bemerkungen, daß dieser Typus bei intensiverer Entwicklung zwar in krimineller Hinsicht gefährdet ist, aber diese Gefährdung wird mit den Jahren geringer, und sie ist keine so hochgradige wie bei andern Typen; insbesondere der kaltblütige, aktive, brutale Eigentumsverbrecher gehört ihm nicht an. Solche Menschen treten zwar zu Banden hinzu, aber sind niemals führende, dominierende Persönlichkeiten.

Mit diesen letzten Bemerkungen sind wir bereits zur Frage der Reaktivität dieses Typus, soweit das soziale Verhalten ihr Index ist, übergegangen. Wir haben für den Fall Respel keine Mühe, abzuleiten, daß diese Reaktivität eine nach Richtung und Stärke einheitliche ist, und daß diese Einheit keine andere ist als die dieses Typus überhaupt. Ihre Art ist eigentlich aus dem schon Gesagten unmittelbar zu erkennen. Respels Triebe setzen sich mit besonderer Leichtigkeit in seinem psychischen Gesamtleben durch; verstandesmäßige Hemmungen stehen dem kaum entgegen, vielmehr steht ein nicht unentwickeltes Urteilsvermögen ganz im Dienste dieser Triebregungen. Und die Richtung dieser Triebe ist durch seine phantastische Tendenz bedingt und gelenkt. So ergibt sich als durchaus geeigneter äußerer Index das soziale Verhalten Respels mit Natürlichkeit und wie etwas Berechenbares: daß er durchbrennt, daß er gerade Schiffsjunge wird, daß ihm hier die schwere Arbeit nicht behagt; er hatte gehofft, etwas Besonderes zu erleben, und fand nur die gleiche Forderung angestrengter konstanter Tätigkeit vor, vor der er entflohen war. Es ist nur natürlich, daß er überhaupt keinen ernstlichen Versuch mehr macht, durch Arbeit irgendwo konstant Fuß zu fassen. Beim Landstreichertum fand er zunächst, was er suchte: die nötige Ungebundenheit und die Möglichkeit, die Welt zu sehen; und es ist auch hier äußerst bezeichnend, daß er nicht, wie ein großer Teil der Landstreicher, in einem gewissen Turnus ein begrenztes Gebiet durchwalzte — ich kenne solche, die seit 30 Jahren auf der Walze sind und niemals aus dem Württembergischen herauskamen —, sondern daß er ziellos von Land zu Land strich, und besonders daß er „Orientkunde" wurde. Die Stelle seiner Selbstschilderung, in welcher er erzählt, daß er nach Jerusalem, nach dem heiligen Lande, Sehnsucht gehabt hätte, ist für seinen Charakter ebenso bezeichnend wie die Art und Weise, auf



die er sich bemühte, hinzukommen, und wie die Tatsache, daß er nicht hingelangte. Von der Angemessenheit des „Räuberlebens“ an diesen phantastisch-hysterischen Reaktivitätstypus sprachen wir schon. Auch hier ist charakteristisch: daß er unbefriedigt aus dem Orient zurückkam, keine Anstrengung machte, seine äußere Lage durch Arbeit aufzuhelfen, aber auch nicht auf eigene Faust, aktiv und energisch, in die verbrecherische Betätigung hineinging, sondern von den eigentlichen aktiven Verbrechern „mitgenommen“ wurde, wie er selbst sagt. Dann entspricht es seinem Wesen, daß ihm dieses Milieu mit seinen Freiheiten, Abenteuern, seinem mühelosen, aber nicht ungefährlichen Erwerb und seiner Heimlichkeit gefiel. Er blieb dabei und schwelgte in der Rolle des Ausgestoßenen, Geächteten, der sich an der Gesellschaft rächt; aber zum aktiven Führer seiner Kumpane hat er es nie gebracht. Daß nicht moralische Anästhesie seiner Kriminalität zugrunde lag, geht schon aus der Art hervor, wie er sie „sozialkritisch“ in renommistischer Weise zu beschönigen sucht. Auch zeigt er eine Reihe echter Gefühlstöne; es sei nur erinnert an die Art, wie er von seiner Mutter spricht.

Dieselbe einheitliche, phantastisch-hysterische Reaktionsweise zeigen seine Zuchthaus- und Haftpsychosen. Hierüber braucht nach den ausgezeichneten Vorarbeiten von *Siefert* und *Birnbaum* kein Wort mehr verloren werden. Wir verweisen auf Respels Selbstschilderungen.

Es widerspricht dieser Reaktivitätseinheit nicht, daß Respel dann sozial wurde. Hier sei nur mit Beziehung darauf vorweggenommen: Diese Reaktivitätsform ist eben an sich sowohl mit einem kriminellen als auch mit einem nicht kriminellen Lebenswandel vereinbar. Es besteht zwar eine aus ihrem Wesen folgende Tendenz zur Asozialität und zur Antisozialität, aber diese ist durch exogene Faktoren aufhebbar und überwindbar. Für die Nachweisung ihrer Wirksamkeit genügt der Hinweis, daß die Reaktivitätstendenz Respels trotzdem in unveränderter Einheit fortbestand. Dennoch sei wiederum erwähnt, was wir bereits über das primäre asthenische Moment derartiger Charaktere, über die Mittelbarkeit ihrer Stellung zur Umwelt bereits angedeutet haben. Hieraus folgt die Möglichkeit, zwischen Antrieb und Tat Verstandeserwägungen zwecklicher Art einzuschalten; die Erziehbarkeit durch Furcht und Erfahrung. Überdies spielt die psychische Nachreifung hierbei eine Rolle.



Daß aber Respels Reaktionsform auch hiernach noch die gleiche blieb, läßt sich am klarsten beweisen aus seinen Meinungen von sich und der Gesellschaft, wie er sie uns aufgezeichnet hat. Jeder kann hieraus unschwer herauslesen, wie immer noch alles im Sinne eines Märtyrertums der sozialen Ordnung verarbeitet wird, welches ihn in seinem Eigenwert erhöht; wie er in den Gedanken an sein eigenartiges, besonders schweres Los sich verliert, kurz wie alle phantastischen Tendenzen sich nunmehr auf seine Erinnerungswelt anstatt auf sein Außenleben richten. Sein Geltungsbedürfnis aber in seiner spezifisch hysterischen Einkleidung läßt ihn auch jetzt noch zum mindesten auf eine dereinstige große Rolle hoffen, die er in der Welt zu spielen berufen ist; und so erfindet er nicht etwa irgendeine technisch brauchbare Einzelheit, sondern es muß wenigstens gleich das Perpetuum mobile sein, dieser immer wieder vergeblich gesuchte geheimnisvollste aller Apparate. Die völlig unzureichenden Kenntnisse stören ihn nicht in seinem hemmung- und kritiklosen Optimismus. Das ist ein reines Produkt dieser Synthese aus phantastischen und hysterischen Momenten. Von zwei weiteren „verbrecherischen Erfindern", die ich kenne, ist der eine ein Respel absolut ähnlicher schwerer Gewohnheitsverbrecher von phantastisch-hysterischem Charakter: er „erfand" ein „Verfahren zur Austrocknung des Mittelmeeres". Der andere hatte keine Spur dieser Reaktionstendenz, er gehört in eine ganz andere Kategorie: er „erfand" besonders konstruierte Badeöfen.

Diese Reaktivität des phantastisch-hysterischen Charakters bildet somit einen besonderen Typus, der aus dem sozialen Verhalten deutlich zu erkennen ist.

Dennoch bildet, wie wir sehen, diese Reaktivitätsform keine Einheit des sozialen Verhaltens heraus; das ist, nach unseren theoretischen Ausführungen, auch gar nicht zu erwarten. Es genügt uns, daß ihr Aktualitätsmoment zu besonderen Formen der Milieuabhängigkeit führen muß, die zwar mit denen anderer Reaktivitätstypen im Effekt übereinstimmen können, aber zu ihren kriminalpsychologischen Grundlagen in eindeutiger Beziehung stehen. Dies gilt auch vom Falle Respel. Unter kriminologischen Gesichtspunkten sind bestimmte Milieueigentümlichkeiten für ihn in krimineller Hinsicht gefährdend. Welche das sind, geht im einzelnen aus dem bisher Gesagten hervor. Allgemein gesprochen sind es solche, in denen seinen phan-



tastischen Tendenzen nur dann Genüge geschieht, wenn sie mit asozialen oder antisozialen Mitteln allein realisiert werden können. Also prinzipiell jedes detaillierter geregelte Ordnungsverhältnis muß ihn in Konflikte treiben, jedes an sich freiere Leben auch in äußerlich niederer Position kann das vermeiden. Ein solcher Typus bleibt in der Großstadt eher sozial als auf dem Lande — oder er wird doch zum mindesten nicht so schnell antisozial. Hierzu kommt noch das Moment der *Verführbarkeit*, sei es von außen, sei es durch seine Triebe; Respel war als „Kunde“ ohne schwerere Antisozialität lange Jahre hindurch saturiert. Erst als die andern ihn mitnahmen, begann seine gefährliche Zeit. Beide Momente wirken zusammen bei der Betrachtung der *Abhängigkeit vom Beruf*: derartige Menschen verfallen am ersten in Asozialität und Antisozialität als abhängige, unselbständige Handwerker und Arbeiter; etwas schwerer in denjenigen Berufen, die, wenn auch abhängig, gewisse Freiheiten und eine gewisse Sekurität mit sich bringen; gar nicht in denjenigen Berufen, in denen sie selbständig und ihr eigener Herr sind, auch dann, wenn diesen jegliche Sekurität mangelt. Sind sie gar, wie der Hausierberuf, mit Ortswechsel verbunden, so ist damit dem Typus, von dem wir sprechen, noch die relativ sicherste Stütze hinsichtlich des Verfalls in Kriminalität geboten, obwohl dieser Beruf selbst dem asozialen Leben sehr verwandt ist.

Weniger Wert möchte auf die Unehelichkeit in diesem Falle zu legen sein; die Unehelichkeit in kleinen Städten oder auf dem Lande wirkt in vorwiegend evangelischen Gegenden nicht in dem Grade kriminalitätsfördernd, wie wohl sonst. In unserem speziellen Falle hat sich auch anscheinend die ansässige Mutter und deren Mann um Respels Erziehung gekümmert und ihn auch später wieder aufgenommen.

Also: Abhängigkeit von Berufen, zu deren Ausübung Konstanz und gleichförmige Arbeit gehört, die unselbständig und örtlich gebunden sind, Abhängigkeit vom Aufenthaltsort, von aktiveren Verführern; äußere Aussichtslosigkeit für die Zukunft: das sind die Ursachen der Kriminalität dieses Typus.



Neuere Liquorprobleme bei der Paralyse[1]).

Von Privatdozent Dr. **A. Wetzel**, Heidelberg.

Nach den Untersuchungen, welche für die Paralyse den ursächlichen Zusammenhang mit der Lues nachwiesen, nach der endgültigen Bestätigung dieses Zusammenhangs durch die Wassermannreaktion und nach der Festlegung des anatomischen Befundes durch *Nissl* und *Alzheimer* wurden die wichtigsten Fortschritte in der wissenschaftlichen Erforschung der Paralyse durch den Nachweis der Spirochäte pallida im Paralytikerhirn eingeleitet. Noch ist in vollem Flusse, was an Fragen und Problemen dadurch ausgelöst wurde. Im einzelnen sind die Zusammenhänge noch lange nicht geklärt. *Nissl* legt Wert darauf, zu betonen, daß der Begriff „metasyphilitisch" trotz der Spirochätenbefunde im Gehirn der Paralytiker noch heute anwendbar ist, weil allen Spirochätenbefunden zum Trotz die histopathologischen Befunde der Paralyse sich wesentlich von denjenigen der einfachen luischen Erkrankung des Zentralnervensystems unterscheiden.

Recht eindringlich macht sich der Wandel der Anschauungen von der Paralyse auch darin geltend, daß die therapeutischen Bestrebungen neu und mit größerem Nachdruck als bisher allerorts aufgenommen werden.

Gerade diese therapeutische Neuorientierung macht die Phase, in der sich die Paralyseforschung jetzt befindet, so bedeutungsvoll, und da mag es erlaubt sein, einmal kritisch zusammenzutragen, welche

[1]) Aus der psychiatrischen Klinik in Heidelberg. — Probevorlesung, gehalten am 11. 2. 19. Der besondere Charakter der Arbeit mag die Spärlichkeit der Zitate und das Fehlen der Literaturverweise entschuldigen: der Sinn der Arbeit soll in kritischer Zusammenfassung und Vergleichung liegen. Daß sie nur zu einem kleinen Teil dabei auf eigener Forschung aufbaut, ist selbstverständlich.

Bedeutung bei diesen Problemen der Paralyseforschung dem Liquor cerebrospinalis zukommt, und auf welchen neuen Wegen die Liquorforschung zu ihren Zielen zu gelangen sucht.

Die Feststellung für die Paralyse charakteristischer Liquorveränderungen stößt von vornherein auf eine Schwierigkeit, die zwar in den Abhandlungen vielfach übergangen wird, die aber bei einer kritischen Betrachtung im Gegenteil ganz besonders hervorgehoben werden muß, denn mancherlei Unklarheiten und Unstimmigkeiten in den hierher gehörigen Forschungen fallen ihr zur Last. So eindeutig nämlich die anatomische Diagnose der Paralyse ist, so typisch der Verlauf der Paralyse sich abspielt, das Zustandsbild kann so außerordentlich mannigfaltig sein, daß durchaus nicht in allen Fällen die psychischen und neurologischen Symptome die Diagnose mit Sicherheit erlauben. Es ist zwar selbstverständlich theoretisch möglich, aber praktisch nicht durchführbar, daß alle Publikationen über Liquoruntersuchungen bei Paralyse erst die Klärung ihrer Fälle durch die anatomische Diagnose abwarten, und so werden manche Unstimmigkeiten auf die falsche Rubrizierung einzelner Fälle zurückzuführen sein, und man muß im Auge behalten, daß die nicht absolute Sicherheit der Materialabgrenzung die Auffindung der spezifischen Liquorveränderungen erschwert. *Jakob* und *Kafka* in Hamburg haben in einer Arbeit mit anatomischer Kontrolle gezeigt, daß Paralyse klinisch und serologisch sehr atypisch sein kann, und daß klinisch und serologisch sehr typisch paralytisch scheinende Fälle keine Paralyse waren. Ich möchte Ihnen zunächst an den bisher zu diagnostischen Zwecken in erster Linie üblichen Liquoruntersuchungsmethoden und ihren Ergebnissen in einer kurzen Übersicht die Erweiterungsnotwendigkeit der Liquordiagnostik erweisen.

Mit der Wassermannreaktion im Blut und im Liquor gruppiert sich die Ammonsulfatreaktion, bekannt als *Nonne*s Phase I, und die quantitative Zelluntersuchung zu den sogenannten „vier Reaktionen", die insbesondere im Anschluß an die Arbeiten von *Nonne* und seinen Schülern eine ganz besondere Bedeutung bei den diagnostischen Liquoruntersuchungen der luischen und metaluischen Erkrankungen des Zentralnervensystems gewonnen haben. Die Bezeichnung der „vier Reaktionen" hebt mit Recht darauf ab, daß die Kombination



der Reaktionen, nicht die einzelne Reaktion das Wesentliche ist. Einen Nachteil kann man in der Bezeichnung insofern sehen, als sie gerade diese Kombination allzu sehr als etwas Abgeschlossenes, Zureichendes betont.

Die Phase I, bei der nach dem Vorgang von *Nonne* und *Apelt* der Liquor im Verhältnis 1 : 1 mit einer gesättigten Ammonsulfatlösung versetzt wird, ist eine Eiweißreaktion, nach der jetzt überwiegenden Meinung eine Globulinreaktion. Sie weist Eiweiße nach, die im normalen Liquor nicht vorkommen, während ja bei der nachher zu besprechenden Gesamteiweißmengenbestimmung nach *Nißl* mit dem Esbachreagenz das pathologische Moment in der Vermehrung des auch im normalen Liquor enthaltenen Eiweißes liegt.

Die Phase I ist nicht spezifisch, sie findet sich positiv bei mancherlei organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, nicht bloß bei den luischen und metaluischen.

Bei der Untersuchung der Zellelemente des Liquors hat die quantitative Bestimmung eine ungleich größere Bedeutung als die qualitative.

Hinsichtlich der Morphologie der Zellen wäre nur zu sagen, daß kleine Lymphozyten die Hauptrolle bei der Paralyse spielen. Ebenso ist unbestritten, daß in einem kleinen Teil der Fälle sich auch polynukleäre Leukozyten finden. Bei vereinzelten Fällen findet sich sogar eine fast reine Leukozytose. *Martin Pappenheim* hat seinerzeit erweisen wollen, daß die Leukozytose von Exazerbationen des paralytischen Krankheitsprozesses, insbesondere von Anfällen, abhängt, ist aber nicht damit durchgedrungen. Insbesondere hat sich *Kafka* gegen ihn gewandt. Sonst ist noch wichtig der gelegentliche Nachweis der Plasmazelle im Liquor, die ja in dem spezifischen anatomischen Befund der Paralyse eine besondere Rolle spielt.

Aber, wie gesagt, alle morphologischen Analysen überwiegt an praktischer Bedeutung weitaus die quantitative Zellbestimmung, sei es, daß dazu *Nißls* Vorgang entsprechend die sogenannte französische, oder die Zählkammermethode benutzt wird [1]).

[1]) Herr Geheimrat *Nißl* in München hat vor kurzem in einer persönlichen Mitteilung die Ergebnisse der vergleichenden Untersuchungen mit der französischen und der Zählkammermethode, welche wir in den letzten Jahren in Heidelberg angestellt hatten, dahin zusammengefaßt: „Wird die französische Methode richtig gemacht, und arbeitet stets dieselbe Person mit ihr, so ist sie der Zählkammermethode zweifellos überlegen. Denn sie enthüllt die geringen Grade von Zellvermehrung, während die Zählkammermethode bei geringen Graden von Zellvermehrung meist versagt, d. h. ein negatives Ergebnis liefert. Praktisch aber spielen die geringen



Wie ist nun der Befund der vier Reaktionen bei der Paralyse? Der Blutwassermann ist bei weitaus den meisten Paralysen, nahe an 100 %, positiv, und zwar in der Regel stark positiv. Ebenfalls in einer ganz überwiegenden Mehrzahl, wiederum nahe an 100 %, ist der Liquorwassermann bei der Paralyse positiv, und zwar schon bei der Anwendung von 0,2 ccm Liquor, wie es die Originalmethode vorsieht. Es scheint nach allen Untersuchungen, daß man bei der Anwendung der *Hauptmann*schen Auswertungsmethode mit der stufenweisen Steigerung der Liquormenge bis zu 1,0 auch in den paar Fällen, die bei der Originalmethode negativ sind, positive Resultate bekommt. Man kann wohl jetzt sagen, daß negativer Liquorwassermann bei Auswertung Paralyse ausschließt. Dazu kommt eine in der Regel sehr erhebliche Zellvermehrung und ein positiver Ausfall der Phase I.

Also positiver Ausfall aller vier Reaktionen ist der typische Befund bei der Paralyse. Damit ist aber für die Diagnose nichts Endgültiges gewonnen. Denn einmal trifft der Befund zwar für die große Mehrzahl der Fälle, aber nicht für restlos alle Fälle von Paralyse zu, und außerdem findet sich dieser Befund, das ist praktisch noch wichtiger, nicht bei der Paralyse allein.

Wichtig ist, daß der für die Paralyse typische, wenn auch ihr nicht ausschließlich eigene Befund der vier Reaktionen schon in den allerfrühesten Stadien der Erkrankung auftritt. Die eine an die Liquordiagnostik zu stellende Forderung, eine Stütze der Frühdiagnose zu sein, ist also erfüllt. Schon in den Stadien, in denen vielleicht noch kein warnendes neurologisches Symptom sich findet, in denen erst ein unbestimmtes subjektives Insuffizienzgefühl oder die Sorge der Angehörigen wegen eines objektiven Leistungsnachlasses. wegen einer erst in kleinen Zügen sich markierenden Wesensumstimmung den Arzt zu Rate zieht, können wir die vier Reaktionen stark positiv finden. Um diesem Gewinn allerdings auch gleich ein Versagen der Liquordiagnostik gegenüberzustellen, so vermag der Liquorbefund in dem bisherigen Ausbau der Methoden nichts über die klinische Form und auch nichts über den zu erwartenden Verlauf, der ja bei aller Einheitlichkeit des Ausgangs sehr verschieden sein kann, auszusagen.

Grade keine besondere Rolle, weil man mit ihnen diagnostisch nichts anfangen kann. Handelt es sich um stärkere Grade der Zellvermehrung, so ist die Zählkammermethode ebenso gut wie die französische. Erstere hat den Vorzug der leichteren, bequemeren Ausführung. .....“

Ich habe Ihnen nun zu beweisen, daß der positive Ausfall der vier Reaktionen kein der Paralyse spezifisch eigener Befund ist.

Dabei sei eines vorausgeschickt. Ich werde von akuten Meningitiden, von Tabes und von der Lues cerebri zu reden haben. Bei allen diesen Erkrankungen kann zweifellos ein Zustandsbild gelegentlich mit einem Zustandsbild der Paralyse klinisch in Konkurrenz treten; es kann also auch die Hilfe der Liquordiagnose erforderlich sein. Bei der Tabes sei an die Kombination mit Neurasthenie erinnert. Bei den Formen der Lues cerebri werden in erster Linie die Stadien der allgemeinen Alteration in Betracht kommen, aber wenn ich an die *Lissauer*sche Paralyse erinnere, so weist das darauf hin, daß auch die Ausbildung fokaler Symptome die Rivalität von Paralyse und Lues cerebri nicht ausschließt.

Man ist darauf aufmerksam geworden, daß bei akuten Meningitiden nicht luischer Herkunft bei Nichtluikern ein als unspezifische Hemmung aufzufassender positiver Liquorwassermann auftritt. Zellvermehrung und Eiweißvermehrung sind dann als Auswirkung der Meningitis sowieso dabei. Der Blutwassermann fehlt. Die Verhältnisse können noch komplizierter werden. Ich redete vorhin absichtlich von Meningitiden nicht luischer Art bei Nichtluikern, denn es sind auch Fälle bekannt, bei denen Luiker eine nicht spezifische, also nichtluische Meningitis bei positivem Liquorwassermann hatten. Solche Luiker mit nichtspezifischer Meningitis können dann im Liquor den typisch paralytischen Befund haben, und um die Gruppe der vier Reaktionen voll zu machen, infolge ihrer Lues auch den positiven Blutwassermann. Natürlich sind das exzeptionelle Fälle, aber sie sind in der Literatur wiederholt abgehandelt. So u. a. auch von *Hauptmann* und von *Jahnel*, dessen Arbeiten deshalb so besonders wertvoll sind, weil er, ein sehr guter Kenner der luischen und metaluischen Veränderungen des Zentralnervensystems, mit aller Zuverlässigkeit anatomisch die luische und metaluische Erkrankung des Zentralnervensystems ausschließen konnte. Ich erwähne noch, daß man bei den nichtspezifischen Meningitiden der Luiker mit positivem Liquorwassermann auch sehr wahrscheinlich gemacht hat, daß dieser positive Liquorwassermann nicht mit einer unspezifischen Hemmung, sondern mit einer durch die Meningitis verursachten besonderen Permeabilität der Meningen und ihrer Gefäße und dem dadurch ermöglichten





Übergang der Reagine aus dem Serum in den Liquor zusammenhängen kann.

Bei der Tabes können die vier Reaktionen dem Befunde bei der Paralyse entsprechen; prozentuell sind die positiven vier Reaktionen viel seltener als bei der Paralyse. Phase I und Zellvermehrung sind noch am häufigsten positiv, der Blutwassermann nur in 60—70%. Der Liquorwassermann ist keineswegs regelmäßig positiv, vollends nicht ohne Auswertung. Und im Gegensatz zur Paralyse scheint er allen Untersuchungen nach auch mit der *Hauptmann*schen Auswertung nicht die vollen 100% zu erreichen. Es gibt stationär gewordene Tabesfälle, bei denen alle vier Reaktionen negativ sind: der nicht typisch paralytische Befund kann differentialdiagnostisch ausschlaggebend sein; der in allen vier Reaktionen positive Befund läßt im Stich.

Bei der endarteriitischen Form der Lues cerebri sind positive vier Reaktionen eine Seltenheit. Häufig sind bei der endarteriitischen Form einzelne Reaktionen schwach positiv. Und es gibt Fälle, bei denen nicht bloß der Liquorbefund normal, sondern auch der Blutwassermann negativ ist, mit andern Worten heißt das, daß alle vier Reaktionen negativ sind.

Bei der meningitischen Form der Lues cerebri nähern sich die Liquorverhältnisse natürlich wieder viel mehr der Paralyse an. Tatsächlich lassen hier auch die vier Reaktionen bei der Abgrenzung häufig im Stiche. Im Gegensatz zur Tabes und der endarteriitischen Form der Lues cerebri ist auch bei der meningitischen Form der Lues cerebri der Liquorwassermann häufig schon bei 0,2 ccm positiv, wie bei der Paralyse, und nicht erst bei den höheren Auswertungen.

Nach dem allen ist es, abgesehen von dem wissenschaftlichen Interesse an den Liquorveränderungen überhaupt und den hieraus gewonnenen Erkenntnissen, auch für die Differentialdiagnostik wünschenswert, über die vier Reaktionen hinaus nach weiteren, andersartigen Veränderungen des Paralytikerliquors zu forschen. Das geschieht auch sehr intensiv. Ich möchte Sie kurz über die wesentlichen Ergebnisse orientieren.

Rasch zu erledigen sind die Untersuchungen, die sich auf die Druckverhältnisse, auf Gefrierpunktsbestimmungen, refraktometrische Untersuchungen und Messungen des elektrischen Widerstands beziehen. Dabei



kam bisher entweder überhaupt nichts heraus, d. h. keine konstante Abweichung von der Norm, oder aber ist diese Abweichung so uncharakteristisch, daß wenig damit anzufangen ist. Das letztere gilt z. B. für den Druck, der bei der P. zumeist, aber nicht immer, erhöht ist, aber ebenso bei vielen andern Affektionen des Zentralnervensystems.

Von den chemischen Untersuchungen ist die Frage nach reduzierenden Substanzen im Liquor schon oft behandelt worden. Die Anwesenheit einer solchen reduzierenden Substanz in jedem Liquor ist nach anfänglichem Widerspruch seit langem nicht mehr bestritten. Nur über die Art dieser Substanz herrschten und herrschen Meinungsverschiedenheiten. Jetzt geht die vorherrschende Meinung dahin, daß es sich um Dextrose handelt. Man fand zwar große Unterschiede im Dextrosegehalt bei den einzelnen Psychosen, aber auch bei demselben Individuum zu verschiedenen Zeiten, und so geht das Urteil der kompetenten Untersucher dahin, daß der von den Franzosen inaugurierten „Glykodiagnostik" zurzeit kein praktischer Wert zukommt.

Bei den Untersuchungen auf fettähnliche Substanzen fand man Cholesterin in der Mehrzahl der Paralytikerliquoren. Aber auch damit steht der Paralytikerliquor nicht allein; auch Epileptiker- und Dementiapraecoxliquoren ergaben positiven Cholesterinbefund.

Lecithin scheint nie gefunden zu sein. Die Frage des Cholins ist noch sehr umstritten. Es gibt wohl eine große Literatur darüber, aber bisher hat sich der Streit um Fehlen oder Vorhandensein vor allem auf den Epileptikerliquor bezogen. Bei den Untersuchungen des Paralytikerliquors hat das Cholin bisher keine Rolle gespielt.

Bei der Phosphorsäurebestimmung ergaben sich nach *Donath* die höchsten Werte bei Erkrankungen mit raschem Zerfall des Nervengewebes, so auch bei der Paralyse. Allerdings fanden demgegenüber *Nonne*, *Apelt* und *Schumm* an sich viel geringere Werte als *Donath* und auch weniger deutliche Differenzen.

Die Untersuchungen auf Fermente haben bisher offenbar erst ziemlich unsichere Resultate ergeben. Das diastatische Ferment fand *Kafka* im normalen Liquor nicht oder nur in geringer Menge, in größerer Menge bei der Paralyse. Aber wieder beschränkt sich dieser Befund nicht auf die Paralyse; denn auch bei Dementia praecox, bei Alkoholismus, bei senilen und arteriosklerotischen Prozessen und bei akuten Meningitiden ließ sich diese vermehrte Diastase nachweisen.

Praktisch wichtiger ist vorläufig der Ausbau der Eiweißuntersuchungen: die alten Methoden werden modifiziert. So ist die *Brandberg*sche Methode auf dem Prinzip aufgebaut, eine Eiweißlösung so lange zu verdünnen, bis bei der Unterschichtung mit Salpetersäure nach 3 Minuten keine Ringbildung mehr auftritt, und den Grad der Verdünnung zur quantitativen Bestimmung zu benutzen.

Man ist daran gegangen, die bei der Phase I, welche ja die gesättigte

Ammonsulfatreaktion benutzt, ausfallende Summe von Globulinen durch Benutzung abgestufter Lösungen zu zerlegen und so bei bestimmten Sättigungsgraden der Lösung bestimmte, für die einzelnen luischen und metaluischen Erkrankungen charakteristische Globuline zu gewinnen.

Kurz besprechen will ich die *Pandy*- und *Weichbrodt*-Reaktion, weil ihr Verhältnis untereinander und zu der Phase I auf einen bestimmten Gesichtspunkt der diagnostischen Verwertbarkeit hinweist. Die *Pandy*-Reaktion, die mit Karbolsäure, und die *Weichbrodt*-Reaktion, die mit Sublimat arbeitet, sind offenbar auch Globulinreaktionen, wie die Phase I, und wie diese sind beide nicht spezifisch. Auch sie kommen zwar vorwiegend bei den luischen und metaluischen Erkrankungen des Zentralnervensystems vor, aber auch sonst gelegentlich, insbesondere bei den Meningitiden verschiedener Art. Aber mit dieser Ähnlichkeit mit der Phase I ist den beiden anderen Reaktionen ihr Wert nicht genommen. Zunächst haben die 3 Reaktionen eine verschieden abgestufte Empfindlichkeit. Die *Pandy*-Reaktion scheint die empfindlichste zu sein, dann folgt die *Weichbrodt*-Reaktion, dann die Phase I. Weiterhin gehen aber die Ergebnisse mit Berücksichtigung dieser Empfindlichkeitsabstufung keineswegs überall parallel. Starke *Weichbrodt*-Reaktion kann sich mit schwacher Phase I verbinden und umgekehrt. Es werden also nicht regelmäßig dieselben Eiweißkörper ausgefällt. *Eskuchen* hat besonders auf diese Abstufungen hingewiesen. Wenn nun auch die einzelne Reaktion nicht spezifisch ist, so scheint es doch möglich, daß im Laufe der Zeit sich spezifische und diagnostisch verwendbare Kombinationen dieser verschiedenen Reaktionen und ihrer Stärkeabstufungen herausarbeiten lassen. Im Prinzip dasselbe wie für *Weichbrodt* und *Pandy* gilt für die *Braun-Husler*sche Reaktion, die mit $^{1}/_{300}$ n. Salzsäure arbeitet.

In diesem Zusammenhang darf ich vielleicht auf die *Nißl*sche Gesamteiweißmengenbestimmung zu sprechen kommen. Ich habe mit Rücksicht auf die Anfechtungen, die der quantitativen Eiweißbestimmung mit *Esbach* immer wieder zuteil wird, die *Nißl*sche Methode vor einiger Zeit noch einmal durchgeprüft und habe mittels systematisch aufgebauter Kontrolluntersuchungen die Zuverlässigkeit der Eiweißkompression durch das Zentrifugieren und das Optimum dieser Kompression hinsichtlich Zeit und Geschwindigkeit festzustellen versucht. Es hat sich ergeben, daß bei 2800 Umdrehungen i. d. Min. in 20 Minuten die Kompression innerhalb einer kleinen, durch die Untersuchungen festgelegten Grenze, die bei der Verwertung zu berücksichtigen ist, ganz gleichmäßig erfolgt, und daß noch nicht durch allzu lange und energische Kompression die Unterschiede verwischt sind. Bei kürzerer Zeit und kleinerer Geschwindigkeit treten allerdings Ungleichmäßigkeiten in der Kompression ein. Die neuen Untersuchungen haben auch zu einer kleinen Modifikation der *Nißl*-Gläser geführt, die gegenüber der ursprünglichen Idee natürlich unwesentlich ist.



Unklarheiten über die *Nißl*sche Eiweißbestimmung in der Literatur kommen zum Teil daher, daß ab und zu irgend welche beim Zentrifugieren gewonnenen Maßeinheiten genannt werden, ohne daß ein Wort über Zeit und Geschwindigkeit gesagt ist. Damit ist natürlich nichts anzufangen. Um solche Mißverständnisse zu vermeiden, gebrauchen wir nach *Nißl* einen frei gewählten Index. Die bei 2800 Umdrehungen i. d. Min. in 20 Minuten in den Raum von 0,01 ccm komprimierte Eiweißsäule ist = „1". Von hier wird in Abstufungen von 0,5 weiter gerechnet. 0,5 ist auch der Spielraum der vorhin erwähnten zu berücksichtigenden Fehlerquelle der Methode.

Die Gesamteiweißvermehrung ist natürlich auch keine spezifische Reaktion. Sie findet sich bei meningealen Affektionen aller Art. So auch bei der P. in den allermeisten Fällen. Aber hier scheint doch u. U. recht bedeutungsvoll werden zu können, daß man bei der Gesamteiweißmengenbestimmung innerhalb der fast immer vorhandenen Vermehrung sehr erhebliche Unterschiede trifft. Vielleicht wird es einmal möglich sein, für diese Unterschiede gesetzmäßige Beziehungen zu den Besonderheiten des anatomischen Befundes, vielleicht damit auch in zweiter Linie zum Verlaufe, zu Remissionsaussichten und dergleichen festzustellen. Wichtig ist auch, daß keine konstanten Beziehungen zur Stärke der Phase I bestehen [1]). Also auch hier besteht wieder die Möglichkeit,

[1]) Ich habe als Beispiel aus dem Lumbalpunktionsmaterial einer bestimmten Zeitspanne, in der ich die einschlägigen Liquoruntersuchungen entweder selbst gemacht oder doch geleitet und beaufsichtigt hatte (in welcher also alles, was bei diesen Techniken in das Gebiet der persönlichen Gleichung gehört, ganz einheitlich war), alle Paralysen zusammengesucht, im ganzen 95 Fälle. Gruppiert man diese 95 Fälle nach der Gesamteiweißmenge, so haben nur 2 Fälle die Menge „1" (s. o.). 1 ist nach unserer Methode die obere Grenze der im Bereich der Norm zu findenden Gesamteiweißmengen. Es folgen 22 Fälle mit 1,5, 23 Fälle mit 2,0, 24 Fälle mit 2,5, 14 Fälle mit 3,0, 7 Fälle mit 3,5, 3 Fälle mit 4,0 und 1 Fall mit 5,0. Also ein Spielraum zwischen 1,0 und 5,0 und eine Verteilung der meisten Fälle auf die Gesamteiweißmengen zwischen 1,5 und 3,0.

Ordnet man in einer Reihe, in welcher sich die 95 Paralysen entsprechend ihren Gesamteiweißmengen von 1 bis 5 folgen, den einzelnen Fällen den Ausfall der Phase I in den Abstufungen „schwach", „mittelstark", „stark" und „sehr stark" zu (graphisch läßt sich das besonders übersichtlich darstellen), so zeigt sich, daß die Stärke der Phase I nicht mit den Gesamteiweißmengen parallel läuft. Man kann nicht einmal sagen, daß sich der stärkere Ausfall der Phase I am Ende der Reihe, wo sich die hohen Gesamteiweißzahlen finden, wenigstens im großen Ganzen häuft. Im Gegenteil, im Gebiete der Eiweißzahlen 2,0 bis 3,0 finden sich



aus den verschiedenartigen Kombinationen der verschiedenen Reaktionen Schlüsse zu ziehen, wenn auch vorläufig diese Verhältnisse noch lange nicht genügend ausgebaut sind.

Eine Erweiterung der Eiweißreaktionen stellen die Kolloidreaktionen dar, von denen bisher die Goldsolreaktion, die Mastixreaktion und die Berlinerblaureaktion verwendet werden. Das Prinzip dabei ist, daß zu ansteigenden Liquorverdünnungen gleiche Mengen kolloidaler Lösungen gebracht werden. Normaler Liquor macht keine Veränderung. Pathologischer Liquor verändert die Lösungen in bestimmter Weise im Sinne der Ausflockung, der Entfärbung oder der Umfärbung. Nun ist für die diagnostische Verwendbarkeit prinzipiell wichtig, daß sich ganz verschiedene Typen der Veränderungen der kolloidalen Lösungen beim Zusammenbringen mit pathologischen Liquoren finden. Es können sich die stärksten Veränderungen bei den schwächsten Verdünnungen finden. Aber in besonderen Fällen finden sich die stärksten Veränderungen erst bei höheren Verdünnungen, wobei sich weiterhin Unterschiede ergeben hinsichtlich der Verdünnung, bei welcher die Veränderung anfängt, und bei welcher sie aufhört. Und endlich finden sich Abstufungen in der Stärke der Veränderung von Verdünnungsgrad zu Verdünnungsgrad. Wenn man in einem Ordinatensystem auf der Abszisse die Verdünnungsgrade, auf der Ordinate die Veränderungsgrade, also etwa die Verfärbungsabstufungen, einzeichnet, so kann man geradezu Kurven erhalten, welche für die einzelnen Erkrankungen, die Paralyse, die Lues cerebri usw., charakteristisch sind. Allerdings, die Methodik ist bei den Kolloidreaktionen, namentlich bei den empfindlichen und deshalb besonders wertvollen, äußerst schwierig. Sie muß erst noch von berufener Seite nach allen notwendigen Kautelen durchgearbeitet werden, wie das in letzter Zeit vor allem von *Kafka* geschehen ist, ehe die Kolloidreaktionen in die allgemeine Liquordiagnostik eingereiht werden können.

Auf ganz anderem Gebiete liegt die *Weil-Kafka*sche Reaktion, die offenbar für die Paralyse diagnostisch wertvoll ist. Es handelt sich dabei um den Nachweis der fast in jedem Blutserum enthaltenen hammelblutlösenden Normalambozeptoren. Bei normaler Beschaffenheit der Meningen und ihrer Gefäße gehen diese Hammelblutambozeptoren nicht in den Liquor über. Finden sie sich hier, so bedeuten sie eine erhöhte Permeabilität der Meningealgefäße. Ab und zu, aber selten, findet sich dann im Liquor auch das Komplement. Die Bedeutung dieser Reaktion liegt

---

die meisten starken Phasen I. Ordnet man den beiden Reihen noch als dritte die mit der Zählkammermethode gefundenen Zellzahlen zu, so findet sich da, daß die starken Zellvermehrungen weder mit den großen Gesamteiweißmengen noch mit den starken Phasen I parallel gehen. Im Gegensatze zur Phase I häufen sich allerdings die starken Zellvermehrungen etwa entsprechend den großen Gesamteiweißmengen.



darin, daß sie, abgesehen von akuten Meningitiden, nur positiv zu sein scheint bei der Paralyse, nicht aber bei der Tabes, bei der Lues cerebri, bei der Arteriosklerose usw. Allerdings absolut regelmäßig findet sie sich offenbar auch bei der Paralyse nicht. 80—90 % der Paralysefälle werden in der Literatur als positiv genannt. Also als ausschlaggebend ist auch diese Reaktion nicht anzusehen; bei positivem Befunde nicht, weil sie sich auch bei Meningitis findet; bei negativem nicht, weil der Hammelblutambozeptor auch im Liquor solcher Paralysen fehlen kann, bei denen er im Blut vorhanden ist. Aber in der Kombination mit den andern Reaktionen scheint sich diese *Weil-Kafka*sche Reaktion als besonders wertvoll zu entwickeln.

Endlich erwähne ich noch die neuen Versuche, nach dem Vorgange von *Sachs* und *Georgi*, die Wassermannreaktion durch eine Ausflockungsmethode mit cholesterinisiertem alkoholischem Rinderherzextrakt zu ersetzen. Eine völlige Übereinstimmung mit der Wassermannreaktion hat sich bisher bei Blut und Liquor nicht ergeben, und ein abschließendes Urteil ist noch nicht möglich. Finden sich Gesetzmäßigkeiten für die Abweichungen, so kann die Methode auch abgesehen von der Einfachheit in der Liquordiagnostik wertvoll werden.

Als Gesamtergebnis der Versuche zu einem Ausbau der Liquordiagnostik können wir wohl zusammenfassen:

Typische Kombinationen der verschiedenen, an sich nicht spezifischen Liquorveränderungen und ihrer Gradabstufungen werden wohl für die Liquordiagnostik der Paralyse ausschlaggebend werden. Es leuchtet ein, daß dabei jede neue Reaktion, mag sie den Liquor und seine Bestandteile anfassen, von welcher Seite sie will, eine wertvolle Ergänzung werden kann. Je zahlreicher die Kombinationsmöglichkeiten sind, und je Vielartigeres sie umgreifen, desto mehr besteht Aussicht, daß nicht nur die Krankheit selbst, sondern vielleicht auch die wahrscheinliche Verlaufsform und andere Besonderheiten im Rahmen der Paralyse erfaßt werden können.

Mit der Erörterung der Frage: Welche Liquorveränderungen setzt die Paralyse, und inwieweit sind diese Liquorveränderungen differentialdiagnostisch zu verwerten? sind aber die Beziehungen zwischen Paralyse und Liquor nicht erschöpft. Ich denke vor allem an die Rolle, welche die Liquoruntersuchung bei den Forschungen spielt, welche der Ätiologie der Paralyse nachgehen. Um die hierher gehörigen Liquoruntersuchungen an ihren richtigen Ort einzugliedern, muß ich ganz summarisch einen Überblick über die bisher vertretenen



Anschauungen über die Paralyseätiologie vorausschicken. Ausgangspunkt ist die statistische Feststellung, daß nur ein kleiner Teil der Luiker zu Paralytikern wird.

Als Durchschnitt der verschiedenen Statistiken ergibt sich etwa 4%.

Man hat versucht mit Hilfe dieser Statistiken auch der Ursache der Paralyse näher zu kommen. So hat man untersucht, welche Rolle behandelte und nichtbehandelte Lues in der Vorgeschichte der Paralyse spielt. Besonders kompliziert wird dieses Problem dadurch, daß nicht bloß die Frage, ob behandelt oder nicht, hereinspielt, sondern auch die Frage der genügenden Behandlung. Und was darunter zu verstehen ist, das wird natürlich immer verschiedener Beurteilung unterliegen. *Mattauscheck* und *Pilcz* fanden bei ihren Paralytikern, daß in 3—4% eine gut behandelte Lues, in etwa 5% ein unbehandelte Lues, und in mehr als 30% eine schlecht behandelte Lues vorangegangen war. Wenn dieses Ergebnis nicht ein Zufall der nicht genügend großen Zahl ist, so ist es entschieden ein Hinweis auf die Gefahr der ungenügenden Behandlung. *Ehrlich* hat ja die Meinung ausgesprochen, daß wiederholte ungenügende Salvarsankuren geradezu salvarsanfeste Spirochätenstämme züchten können! Auch *Gennerich* hat auf die Gefahr der ungenügenden Behandlung hingewiesen. Und *Nonne* hat ganz neuerdings wieder eine neue Modifikation des Problems hereingebracht, indem er auf Fälle aufmerksam machte, bei denen auffallend früh nach intensiven Salvarsankuren metaluische Erkrankungen ausbrachen.

Bedeutungsvoll ist weiter die statistische Feststellung, daß es offenbar in erster Linie die leichten Luesformen sind, die zu den metaluischen Erkrankungen führen. Damit kann man vielleicht eine andere Beobachtung verstehen, die von jeher in den Theorien der Paralyseverursachung eine große Rolle gespielt hat, ich meine die Beobachtung, daß bei manchen Völkern die Lues zwar sehr verbreitet ist, die metaluischen Erkrankungen aber sehr selten sind. Denn diese Beobachtung kann offenbar durch die weitere ergänzt werden, daß die Lues dieser Völker auch wesentlich schwerer ist, als bei den von der Paralyse heimgesuchten Völkern.

Neben den immer wieder erörterten Einflüssen der Kultur im weitesten Sinne, der geistigen Arbeit, der Degeneration, des Alkoholis-



mus ist noch nicht geklärt die Frage einer speziellen Affinität bestimmter Spirochätenstämme zum Zentralnervensystem, die Syphilis à virus nerveux. Die Beobachtungen von luischen und metaluischen Erkrankungen des Zentralnervensystems bei Ehegatten oder Eltern und Deszendenten werden hier einmal herangezogen und dann die Beispiele von unverhältnismäßig zahlreichen solchen Erkrankungen, bei welchen sich ein und dieselbe Infektionsquelle nachweisen ließ.

Experimentell hat bisher eine solche Affinität bestimmter Spirochätenstämme zum Zentralnervensystem nicht erwiesen werden können. Von einer Klärung sind alle diese Probleme noch weit entfernt. Vielfach müssen sich ihre Fragestellungen noch ganz allgemein auf die luische Affektion des Zentralnervensystems überhaupt richten, und von weiteren Untersuchungen ist dann die Entscheidung zu erwarten, unter welchen Bedingungen es zu einer Lues cerebri, unter welchen zu einer Paralyse kommt. So faßt eine Untersuchungsrichtung das Problem an, mit deren Erwähnung ich wieder zur Liquoruntersuchung im Zusammenhang mit der Paralyseforschung einbiege.

Untersuchungen der letzten Jahre haben ergeben, daß bei 70—80 % aller luisch Infizierten sehr bald nach der Infektion, schon im Primär- oder Sekundärstadium, meningeale Reizungen stattfinden, die sich durch Zellvermehrung und Globulinreaktion, nicht selten auch durch positiven Wassermann bei der Auswertung manifestieren.

70% dieser luischen Frühmeningitiden, die klinisch völlig oder fast völlig latent verlaufen, verschwinden wieder, wenn auch in etwa der Hälfte der Fälle eine leichte Zellvermehrung ohne die übrigen Liquorveränderungen zurückbleibt. Dieses Verschwinden der frühmeningitischen Erscheinungen im Liquor kann durchaus ohne Behandlung erfolgen. In andern Fällen trotzen die Liquorveränderungen auch einer energischen Behandlung. Und diese nicht verschwindenden luischen Frühmeningitiden sind die Fälle, die in diesem Zusammenhang mit den Paralysefragen besondere Aufmerksamkeit erwecken. Es ist zu vermuten, daß sich unter diesen Fällen diejenigen finden, die sich zu der ausgesprochenen Lues cerebri oder zu den metaluischen Erkrankungen des Zentralnervensystems entwickeln. So findet sich in der Literatur schon die bestimmte Formulierung: Nicht jede Liquorinfektion führt zur Paralyse, aber jede Paralyse entwickelt sich aus

der Frühmeningitis. Und *Nonne* hat es als eine Hauptarbeit der nächsten Jahre bezeichnet, festzustellen, ob etwa die Form der residuären Veränderungen des Liquors erkennen läßt, welche Art von Erkrankung sich entwickeln wird. Also eine Aufgabe bei der Paralyseforschung, die durchaus in das Gebiet der Liquoruntersuchung fällt. Die alte Frage, welche Luiker werden Paralytiker, hätte sich nun wenigstens dahin eingeengt, welche Luiker, bei denen eine klinisch latente Frühmeningitis zurückbleibt, werden Paralytiker?

Die im Hinblick auf die späteren Erkrankungen des Zentralnervensystems vorgenommenen Liquorkontrollen scheinen auch ergeben zu haben, daß diejenige Lues, die im Frühstadium mit mehreren Rezidiven und ausgiebiger Allgemeindurchseuchung einhergeht, eine günstigere Prognose bezüglich der späteren Erkrankungen des Zentralnervensystems hat, als die milde Lues mit wenigen Rezidiven, offenbar deshalb, weil die erstere zu reichlicher Antikörperbildung anregt. Man sieht, gewisse statistisch erfaßte Zusammenhänge zwischen der Paralyse und der milden Lues können so unter Umständen nach Grund und Ursache begriffen werden. Auch die weitere statistische Feststellung von der Seltenheit der Paralyse bei den Völkern mit schwerer Lues würde so ihre Erklärung finden. Ja der Zusammenschluß mit den früher erörterten Theorien geht vielleicht noch weiter: Für das Auftreten der milden Lues macht man einmal Abschwächung des Virus durch Übertragung im höheren Infektionsalter, zum andern die geringere Empfindlichkeit und Reaktionsfähigkeit durch längere Gewöhnung des Volkskörpers an das Krankheitsgift verantwortlich. Das nähert sich einerseits den Anschauungen der Syphilis à virus nerveux, andrerseits den Theorien von der Bedeutung der „Zivilisation“, im weitesten Sinne gemeint.

Aber wir müssen uns immer wieder vor Augen halten, wir befinden uns, wie mir scheint, bei allen diesen bisherigen Forschungsergebnissen, mit welchen dem Psychiater hinsichtlich der Paralyseverursachung in die Hand gearbeitet wird, doch noch auf recht schwankendem Boden. Das gilt auch von den Anschauungen, die neuerdings *Gennerich* auf den Untersuchungen über die luische Frühmeningitis aufgebaut hat. Als vorläufige Zusammenfassung empirischen Wissensmaterials unter *eine* Idee und als Ausgangspunkt weiterer Untersuchungen sind aber *Gennerichs* Anschauungen auf alle Fälle wertvoll. In den Zu-



sammenhang dieser Ausführungen gehört *Gennerichs* Meinung, daß da, wo es zu Hirnlues, Tabes oder Paralyse kommt, dem Rückgange der allgemeinen luischen Infektion, welche durch einschränkende Abwehrvorgänge des Organismus bedingt ist, eine Expansion von Spirochätenherden folgt, die von der ursprünglichen Liquorinfektion her virulent zurückgeblieben sind.

Das Prinzip von *Gennerichs* Auffassung ist dabei, daß der Rückgang der meningealen Infektion mit dem Schwund der allgemeinen Infektion nicht gleichen Schritt hält, dahinter zurückbleibt und so gewissermaßen plötzlich neue Entfaltungsbedingungen vorfindet. Auch *G.* schließt sich der Auffassung an, daß bei einem milden Verlauf der Lues, der einer schwächlichen Abwehrreaktion des Organismus entspricht, die Aussichten für die spätere Fortentwicklung des meningealen Virus besonders günstig sind. *Gennerich* dehnt aber nun seine Ansichten auch auf die Frage, wann kommt es zur Lues cerebri, wann zur Paralyse, aus. Nach ihm ist der funktionelle Zustand der Pia von entscheidender Bedeutung. Ist sie ihrer Aufgabe, das Nervensystem vor der Diffusion mit dem Liquor zu schützen, noch gewachsen, so kommt es nach ihm zur Lues cerebri. Ist die Pia funktionell geschädigt, so kommt es zur Paralyse. Nach dem Durchbruch der Pia versagen die Selbstheilungsvorgänge des Nervengewebes, und genau so ist es nach *Gennerich* mit der gewöhnlichen chemotherapeutischen Allgemeinbehandlung. Ohne wirksam werden zu können, diffundieren ihre Mittel durch die geschädigte Pia in den Liquor.

Das sind, natürlich nur in ein paar ganz großen Linien, die Anschauungen von *Gennerich.* Ihnen entsprechend hat er seine Behandlungsmethoden modifiziert. Wir sind damit wieder bei der Frage der Therapie, die ich zu Eingang gestreift habe, angelangt. Die therapeutischen Bestrebungen, die von den Liquoruntersuchungen bei der luischen Frühmeningitis ihre Richtung gewiesen erhielten, haben in erster Linie das Ziel, die Luiker, die trotz Fehlens aller klinischen Symptome in ihrem Zentralnervensystem gefährdet sind, herauszufinden, mit allen Mitteln zu entseuchen und so die Paralyse zu verhüten. Daß die ständige Liquorkontrolle, die energische Therapie, ohne daß die Patienten subjektive und objektive Symptome haben, nur mit einem sehr verständigen Publikum, d. h. mit andern Worten, nur bei einem kleinen Bruchteil unserer



Patienten, durchzuführen ist, leuchtet wohl ein. Die Ausrottung der Paralyse im Sinne ihrer Unmöglichmachung wird nicht zu erwarten sein. Aber auch der schon bestehenden Paralyse gegenüber regt sich neuerdings wieder mehr therapeutische Hoffnungsfreudigkeit. Wir dürfen den Kampf nicht aufgeben, sondern müssen ihn mit den Mitteln, die uns die Luestherapie immer wieder neu schafft, unter Umständen mit Kombinationen mit andern umstimmenden Eingriffen, neu aufnehmen. Vielleicht kommt dann doch auch die Paralysetherapie über das aus der ärztlichen Ethik geborene, so tief deprimierende ut aliquid fieri videatur hinaus!

Untersuchungen über Bazillenträger in einer Irrenanstalt.

Von N. Fleischhauer, Laborantin am Hygienischen Institut in Jena.

Im Jahre 1897 wurde eine Irrenanstalt eröffnet, die zur Aufnahme von 800—1000 Kranken bestimmt war. Schon im November, als die Anstalt erst mit rund 90 Patienten belegt war, traten Typhusfälle auf. Ein Oberwärter hatte ein Kind mitgebracht, welches anscheinend an Typhus erkrankt war. Ferner waren aus einer andern Irrenanstalt, in der im Juni und Juli eine größere Zahl von Typhuserkrankungen vorgekommen war, 9 Kranke übernommen worden. Ob die Infektion von einer dieser beiden Quellen oder von beiden oder aus einer dritten unbekannt gebliebenen entstanden ist, bleibt nach Angabe der Ärzte zweifelhaft.

Im Jahre 1898/99 wurden befallen 9 Pat.; ob Männer oder Frauen, st mir unbekannt geblieben.

ImJahre 1899/1900 erkrankten 4 Pat.

1900/01 wurden keine Kranken, aber 6 Pfleger befallen.

1901/02 erkrankten eine Pflegerin und ein auswärts wohnender Heizer.

1902/03/04 blieb die Anstalt frei von Typhus.

Im Jahre 1904/05 erkrankten ein Kranker und eine Kranke.

Im Jahre 1905/06 blieb die Anstalt wieder frei.

1906/07 erkrankte kein Mann, aber 3 Frauen und 1 Pflegerin.

Das Jahr 1907/08 brachte in der Zeit vom 5. 8. 1907—15. 7. 08 41 Typhuskranke, und zwar 2 Pfleger und 5 Pflegerinnen, 9 Männer und 25 Frauen; auf die Zeit vom 12. 5. 08—25. 6. 08 entfielen 29 Erkrankungen, nämlich 6 Männer und 2 Pfleger, sowie 17 Frauen nebst 4 Pflegerinnen. Es lag also eine Epidemie vor, mit 11 vorhergehenden, aber nur einem nachfolgenden Fall. Erwähnt sei, daß hier wie überhaupt ich mich nicht an das Etatsjahr binde, sondern die Fälle, wie sie nach den ärztlichen Berichten zusammengehören, zusammenfasse.

Im Jahre 1908 und 1909 wurden von Typhus befallen 4 Anstaltspatienten und 2 vom Personal.



1910/11 dahingegen 9 Anstaltspatienten.

In die Jahre 1911/12 fiel abermals eine Typhusepidemie. Im ganzen erkrankten 43 Personen, und zwar 3 männliche und 26 weibliche Pat., sodann 5 Pfleger, 6 Pflegerinnen, 1 Mädchen aus der Küche, 2 aus der Waschküche; 21 Fälle kamen vor vom 29. 3.—1. 6., und davon entfielen auf die Zeit vom 7. 4.—25. 4. 2 geisteskranke Frauen, 4 Pfleger, 4 Pflegerinnen, 1 Küchen- und 2 Waschmädchen!

Das Jahr 1912/13 brachte 4 Erkrankungen bei Frauen, 3 bei Pflegern und 3 bei Pflegerinnen.

Das Jahr 1913/14 ergab 10 Fälle, und zwar 6 bei Männern und 4 bei Frauen, vom Pflegepersonal erkrankte niemand.

Das Jahr 1914/15 war frei.

Im Jahre 1916 erkrankten 52 Geisteskranke und 3 vom Pflegepersonal; alle Häuser waren infiziert. Auf die Zeit vom 1.—21. Februar entfielen 46 Typhusfälle. Es war nur ein Vorläufer vorhanden, auch die Nacherkrankungen waren wenig zahlreich.

Im Jahre 1917 traten noch 5 Erkrankungen auf, worauf nachher noch zurückzukommen ist.

Überblickt man die Reihen, so fällt die wesentlich stärkere Beteiligung der Frauen auf, sodann das starke Befallenwerden des Pflegepersonals, welches z. B. in einem Jahr 6 Erkrankungen aufwies, während Patienten überhaupt nicht erkrankten. Man darf annehmen, daß einschließlich der Küchen- und Waschmädchen ungefähr 200 vom Personal 900—1000 Kranken gegenüberstehen, die sich ungefähr zu gleichen Teilen auf Männer und Frauen verteilen. Außerdem wohnen an Ärzten, Beamten und ihren Familien sowie Angehörigen der Oberpfleger usw. rund 85 Personen in der Anstalt. In all den Jahren ist von diesen niemand erkrankt.

Dreimal, 1908, 1911, 1916, trat die Erkrankung in Epidemien auf, in welchen rund 4—5 % der Anstaltsbewohner befallen wurden. Auffallend ist, wie sich an diesen Epidemien das Pflegepersonal beteiligt; während es in den beiden ersten Epidemien stark befallen war, ist es in der letzten Epidemie auffällig verschont geblieben, was um so deutlicher hervortritt, als das Personal nur in der letzten Zeit erkrankte, also anscheinend von den Erkrankten selbst angesteckt worden ist = Sekundärinfektionen. Ärztlicherseits ward angenommen, daß die Epidemien auf die Zufuhr von infizierten Nahrungsmitteln zurückzuführen seien. Da jedoch in der Umgebung der Anstalt irgendwelche Epidemien von Typhus nicht aufgetreten sind, so wird die Infektion besser erklärt durch Bazillenträger, von welchen Typhuserreger in der Küche oder bei der Vorbereitung bzw. Verteilung in die Speisen gelangten. Eine bestimmte Speise oder eine bestimmte Veranlassung hat nach den mir gemachten Mitteilungen nicht festgestellt werden können. Als sicher nicht beteiligt ist das Wasser anzusehen, denn sonst hätten nach Auffassung der Ärzte auch in den Familien Fälle vorkommen müssen; außerdem haben bakteriologische



und chemische Untersuchungen nichts Verdächtiges ergeben. Ferner hat die genaue örtliche Prüfung der Wasserversorgung und des Quellgebietes durch Professor *Gärtner*-Jena ergeben; daß das Wasser aus völlig infektionssicherem Waldgebiet kommt und bis zur Verausgabung nicht infizierbar ist.

Bei dem wiederholten bösartigen Auftreten der Erkrankung und den sich immer wiederholenden Einzelfällen hielt es die Landeshauptmannschaft in Verbindung mit der Direktion der Anstalt für richtig, einen Hygieniker, und zwar Professor *Gärtner*-Jena, zu befragen, um Maßnahmen vorzuschlagen für die Sanierung der Anstalt.

Bei Professor *Gärtner* bildete sich sehr bald die feste Überzeugung aus, daß Bazillenträger vorhanden sein müßten, welche die Einzelerkrankungen — und auch durch Infektion von Speisen die Epidemien — hervorgerufen hätten. Daß Bazillenträger im Spiel seien, war auch schon seit vielen Jahren von der Anstaltsleitung und den Anstaltsärzten angenommen. Daher war schon im Jahre 1908 von der Direktion der Anstalt der Bakteriologe Dr. *M.*-Berlin in die Anstalt gerufen; er machte 443 bakteriologische Untersuchungen, ohne indessen einen Bazillenträger oder eine Trägerin zu entdecken. In den nächsten Jahren wurden von dem zuständigen Medizinal-Untersuchungsamt 3 Typhusbazillenträgerinnen und 2 Paratyphusbazillenträgerinnen gefunden.

Nach der Epidemie des Jahres 1911 wurde ein anderer Bakteriologe, Dr. *Mö.*, eingestellt; er machte 1820 Einzeluntersuchungen, und wieder war das Resultat völlig negativ.

Auf Veranlassung von Professor *Gärtner* wurde Verfasserin als Laborantin am 1. Juli 1917 in die Anstalt gerufen und verblieb dort bis zum 31. Dezember 1918, um systematisch und wiederholt die sämtlichen Anstaltsinsassen einschließlich des gesamten Pflegepersonals auf Typhusbazillen zu untersuchen. Ich bin hierbei sowohl von Professor *Gärtner*-Jena, der die Anstalt in dieser Zeit 6 mal aufsuchte, als auch von der Direktion der Anstalt in der besten Weise unterstützt worden und blicke mit Dankbarkeit auf die zwar arbeitreiche, aber nicht ohne Erfolg gebliebene Zeit zurück.

Durch den Krieg entstanden in der Mechanik der Untersuchungen Schwierigkeiten, die unter freundlicher Beihilfe des Herrn Direktors beseitigt wurden. Ich fand von den früheren Untersuchungen her ein ziemlich vollständig eingerichtetes Laboratorium vor. Dahingegen waren Nährmaterialien nicht mehr vorhanden. Diese wurden zunächst zum Teil von dem Medizinaluntersuchungsamt und dem Hygienischen Institut in Jena, sodann vom Kriegsministerium, soweit vorhanden, zur Verfügung gestellt. An Stelle des fehlenden Fleischextraktes bereitete ich Bouillon von Katzen, Eichhörnchen, jungen gefallenen Schweinen, einmal auch von einem verendeten Reh. Das gewogene, in kleine Würfel geschnittene Fleisch wurde ohne Wasserzusatz in Milchkannen 3—4 Stunden im Dampf ge-



kocht, die so gewonnene Fleischbrühe in Flaschen mit Patentverschluß abgefüllt, in denen sie nochmals sterilisiert wurde und beim Erkalten zu Gallerte erstarrte. 500 g Fleisch ergaben 1 l gallertige Bouillon. Teilweise wurde auch markenfreies Fleisch verwendet; das sauber behandelte, ausgekochte Fleisch kam dann aber noch in die Küche, wo es gut gewürzt zur Zubereitung von Klops, Gulasch, Gurkenfleisch usw. benutzt wurde.

Außerdem wurde Hefeextrakt von der Nährmittelfabrik Bernstadt in Schlesien gebraucht, der dem Liebigs Fleischextrakt ziemlich gleichkommt. Über die Verwendung dieser Hefe findet sich eine kleine Arbeit von Frau *Kreßler*-Jena im Zentralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten, 80. Bd., 1918, Heft 6.

Da die Anstalt keine Gasversorgung hatte, mußte Petroleum verwendet und sehr sparsam damit gewirtschaftet werden. Infolgedessen waren Behelfe erforderlich: im Maschinenhaus wurde ein Einkochapparat der Kochküche an ein kleines Dampfrohr angeschlossen zum Kochen der Nährböden; der Apparat funktionierte gut.

Um die Glassachen zu sterilisieren, wurde die Hälfte eines Fasses, die unten mit Stoffstreifen abgedichtet war, auf den Mannlochdeckel eines Dampfkessels des Maschinenhauses gesetzt, als der einzigen nicht mit einer Schutzdecke bekleideten Stelle des Kessels. Eine in den Boden des Fasses geschnittene Öffnung machte das Faß zugängig. Das herausgeschnittene Stück wurde mit Zeug bekleidet und diente als ein auskömmlicher Deckel. Die Temperatur erreichte 98° C, und es gelang bei 12stündiger Desinfektionsdauer, nachts, die eingebrachten Sachen absolut sicher zu sterilisieren.

Das mit jeder Lieferung schlechter werdende Petroleum machte sich besonders beim Brutschrank unangenehm bemerkbar; die Lampe mußte tagüber mehrere Male gereinigt werden, und nachts übernahm der Nachtwächter die Kontrolle der Lampe. Im Herbst und Winter erhielt der in einem nicht gleichmäßig zu heizenden Zimmer stehende Brutschrank noch einen Überzug von alten wollenen Decken, um die Wärme besser zu halten.

Täglich wurden 30—40 Stuhl- und Urinproben untersucht. Zur Ersparnis der Nährböden wurden zeitweise mehrere Stuhlproben auf eine Plattenserie ausgestrichen und erst bei positivem Resultat getrennt untersucht.

Die benutzten Glassachen wurden ½ Stunde ausgekocht, nachdem der Agar aus den Schalen mit einem Holzspatel entfernt war, gut getrocknet und dann in dem vorhin beschriebenen Behelfsapparat nochmals sterilisiert.

In den 18 Monaten sind von mir im ganzen 11 545 Untersuchungen gemacht worden. Insbesondere und zunächst ist das gesamte Küchen- und Waschküchenpersonal immer wieder von neuem durchuntersucht worden, ohne daß es jedoch gelang, eine Bazillenträgerin zu finden.



Bei den Männern habe ich Bazillenträger überhaupt nicht gefunden, die letzten Erkrankungen waren dort im Frühjahr 1916 aufgetreten. Übernommen wurde nur ein Bazillenträger, der schwerkrank in kurzer Zeit starb. Bei meiner Ankunft fanden sich auf der Männerseite 282 Personen, die bis zum Dezember 1918 auf 117 zurückgingen. Teils wurden dieselben entlassen, teils gingen sie durch Tod ab, und zwar hauptsächlich durch Tuberkulose.

Auf der Frauenseite fanden sich am 1. Juli 1917 393 Patientinnen, die aus den gleichen Gründen wie auf der Männerseite bis zum 31. Dezember 1918 stark reduziert wurden, und zwar auf 237.

Aufgefunden wurden im Monat

Juli	1917	= 3	Typhus-	und 1	Paratyphusbazillenträgerin
August	,,	= 1	,,	,, 1	,,
September	,,	= 1	,,		
Oktober	,,	= 7	,,	,, 3	
November	,,	= 1	,,		
Dezember	,,	= 1	,,	,, 1	,,
Januar	1918	= 1	,,		
Mai	,,	= 1	,,		
Oktober	,,	= 3	,,		

Hiernach sind von mir 25 Fälle gefunden worden, und 5 kommen von früher her hinzu, es sind also von den 393 Frauen = 7,6 % als Bazillenträgerinnen festgestellt worden.

Die von mir gefundenen Trägerinnen verteilen sich auf die verschiedenen Bauten wie das nachstehende Verzeichnis angibt.

Bau F. I	= 1	Typhusbazillenträgerin		
,, F. II	= 7	,,	und 1	Paratyphusbazillenträgerin
,, F. III	= 6	,,	,, 4	,,
,, F. IV	= 4	,,	,, 1	,,
,, F. V	= 1	,,		

Die Untersuchung begann mit der Prüfung von Kot und Urin des Küchen- und Waschküchenpersonals; die Ausscheidungen der Pfleger und Pflegerinnen wurden im Anschluß an die Stationsuntersuchungen geprüft.

Erwähnt sei, daß das gesamte Pflegepersonal dreimal gegen Typhus von den Ärzten schutzgeimpft worden ist, und daß die Impfung nach 8 Monaten wiederholt wurde. Erkrankt ist von den Geimpften nur die mir für die Reinigungsarbeiten im Laboratorium zur Verfügung gestellte Pflegerin, die trotz starker Darmblutung genas.

Die nach dem Küchenpersonal folgende Untersuchungsgruppe waren die früher bereits an Typhus- und Paratyphus B Erkrankten; ihre Feststellung und die Zeit der Erkrankung ergab sich aus den Listen der Anstalt ohne Schwierigkeit.

Unter den früher Erkrankten hatte schon das zuständige Untersuchungsamt 2 Fälle von Typhus und 2 Fälle von Paratyphus fest-



gestellt, ich konnte noch 6 von Typhus und 3 von Paratyphus finden, das sind zusammen 13 Fälle, d. h. 26 %, eine doch recht erhebliche Zahl.

In der Zeit vom 28. 8. bis 23. 9. 17 traten 5 Fälle von Typhus auf. Sobald der Verdacht auf Typhus gelenkt worden war, wurde den Patientinnen ca. 3 ccm Blut aus einer Vene entnommen und in sterilisierte Rindergalle gegeben. In allen Fällen gelang der Nachweis ohne jede Schwierigkeit, so daß dieses Verfahren in Verdachtfällen auch für Geisteskranke empfohlen werden muß trotz der nicht immer zu überwindenden Schwierigkeit der Blutentnahme.

Als erste erkrankte eine ruhige Patientin, welche im Dauerbad mit Reinigungsarbeiten und damals auch mit Essentragen beschäftigt war. 14 Tage bis 3 Wochen später erkrankten die andern 4. 3 von diesen saßen in dieser Zeit im Dauerbad. Eine Patientin, und zwar die zuletzt erkrankte, lag im Wachsaal, sie erhielt von der zuerst erkrankten ihr Essen gebracht. Die Frage war, woher diese Typhusfälle stammten, und sehr bald wurde unter den Dauerbadpatientinnen eine bis dahin unbekannte Bazillenträgerin gefunden, welche von der ersterkrankten Patientin teilweise mit versorgt wurde; auf sie, bzw. auf die Ersterkrankte sind die übrigen 4 zurückzuführen.

Nach dieser Zeit kamen Erkrankungen nicht mehr vor bis auf die eine schon erwähnte Laboratoriumsinfektion.

Die früheren Txphuserkrankten wurden dann auf Wunsch von Professor *Gärtner* in einem Teil des Baues IV vereint, hatten ihren besonderen Gartenteil und durften zu Arbeiten außerhalb ihres Abteils nicht verwendet werden. Vorgreifend sei erwähnt, daß in einem weiteren Abschnitt des Gebäudes sämtliche Trägerinnen von Typhusbazillen und in einem dritten die Paratyphusbazillenträgerinnen abgesondert wurden; auch sie hatten ihre gesonderten Gärten.

Durch die Zusammenlegung wurde auch mir die bakteriologische Kontrolle über diese Leute sehr erleichtert. Schon früher waren aber die Trägerinnen in einer besonders erbauten Baracke von der Anstaltsleitung aus abgesondert worden; dorthin wurden auch die frischen Typhusfälle gelegt.

Bei jeder einzelnen Untersuchung wurde auf Typhus und auf Paratyphus geprüft. Als Paratyphusträgerinnen wurden aber nur diejenigen aufgefaßt, welche wiederholt die Bazillen ausschieden.

Bei den Untersuchungen ergab sich das bekannte Bild. Es wurden nämlich in einer Reihe von Fällen, zwar niemals regelmäßig, aber doch sehr oft. Typhusbazillen gefunden. In andern Fällen aber waren die Befunde, wie ja auch schon längst bekannt ist, recht selten. Es sei z. B. erwähnt, daß bei einem Fall unter 16 Untersuchungen, die sich auf 1 1/4 Jahr erstreckten, nur 2mal Typhusbazillen gefunden worden sind. In einem andern Falle wurden bei 18 Untersuchungen im Laufe von 3/4 Jahren auch nur 2mal Typhusbazillen nachgewiesen; in einem dritten



Falle, der mit Tode abging, innerhalb von 7 Monaten bei 16 Untersuchungen nur 1 mal. In einem weiteren Falle wurden in 14 Monaten 32 Untersuchungen gemacht, alle negativ, dann kamen 4 Tage hintereinander positive Befunde, nach 3 Wochen noch ein positiver, dann wurde die Untersuchung wieder negativ. Erwähnt sei hierbei aber, daß ich der größeren Sicherheit halber bei positivem Befund und schon bei verdächtigen Kolonien sofort den nächsten Stuhl auch untersuchte, so daß ich stets Doppelbefunde hatte, die ich hier als zusammengehörig, also nur als einen Befund aufgeführt habe.

Man könnte sagen, daß bei den ganz vereinzelten Befunden meinerseits eine Fehldiagnose vorliege; ich möchte das aber nicht annehmen, denn einerseits steht mir eine gewisse Erfahrung zur Seite, da ich 4 Jahre auf der bakteriologischen Abteilung des Hygienischen Institutes in Jena mit diesen Untersuchungen dauernd beschäftigt war und ich außerdem von dort schon auf 9 Monate zu gleichen Untersuchungen in eine andere Irrenanstalt abgegeben war, wo ich 10 Typhusbazillenträger und 16 Paratyphusbazillenträger feststellen konnte. Außerdem habe ich meine sämtlichen positiven Befunde aus der letzten Irrenanstalt in dem Hygienischen Institut in Jena und aus der hier in Betracht kommenden Anstalt bei dem zuständigen Medizinal-Untersuchungsamt nachprüfen lassen; niemals ist ein von mir als positiv bezeichneter Befund abgewiesen worden.

Bei den Paratyphusbazillenträgerinnen waren die positiven Befunde im allgemeinen sehr viel häufiger wie bei den Typhusbazillenträgerinnen, dieses dürfte wohl seinen Grund darin haben, daß nur solche Patientinnen als Paratyphusbazillenträgerinnen angesehen wurden, bei denen sie wiederholt bzw. längere Zeit hintereinander auftraten.

Um die Anstalt vor Infektionen durch Neuaufgenommene zu schützen, war angeordnet worden, daß die Patienten in den ersten 14 Tagen 10 mal und in den nächsten 6 Wochen wöchentlich 1 mal auf Typhus- und Paratyphusbazillen untersucht wurden. Trotz dieser 16 Untersuchungen wurden im Monat Oktober 1918 in einem Falle doch noch nachträglich Typhusbazillen festgestellt.

In einer Reihe von Fällen wurden auch im Urin Typhusbazillen gefunden, jedoch ergab sich, daß sie wohl durch Verunreinigung mit Kot dorthin gekommen sein mußten, denn nur in 2 Fällen war der nach vorsichtiger Reinigung der äußeren Geschlechtsteile durch die Oberpflegerin selbst mit dem Katheter entnommene Urin typhusbazillenhaltig. Es ist danach die größte Sauberkeit und Vorsicht bei diesen Urinentnahmen geboten, um nicht zu falschen Schlüssen zu kommen.

Von den Gestorbenen wurde mir gewöhnlich Material aus der Leber, Niere, Milz, Dünndarminhalt, Gallenblaseninhalt und Gallensteine zur Untersuchung übergeben. In einem Falle konnten nur in den Gallensteinen Typhusbazillen nachgewiesen werden, in dem sonst übergebenen Material nicht. In einem andern Falle waren Bazillen in den Gallensteinen und



in dem Dünndarminhalt enthalten, in dem übrigen Material fehlten sie. Bei einer weiteren Patientin waren sie in allen mir übergebenen Organteilen und in den Gallensteinen. Beim Paratyphus fanden sich bei den 2 gemachten Obduktionen in dem einen Falle keine, in dem andern Fall in dem gesamten Material, also auch in dem Gallenstein, die Bazillen.

Würde ich wieder eine solche Aufgabe bekommen, so würde ich doch auf das schon von *Robert Koch* angegebene Verfahren zurückgreifen und die möglichst frisch und steril entnommenen Organteile in Sublimatlappen einschlagen, sie 12—14 Stunden in den Brutschrank legen und dann größere Teile aus dem Innern der Stücke im Mörser steril zerreiben und in Galleröhrchen Vorkulturen machen.

Aus dem Angegebenen folgt, daß die Frauenabteilung der Anstalt sehr stark durchsetzt war, und daß es nur durch sehr oft wiederholte Untersuchungen gelungen ist, die erwähnte hohe Zahl von Trägerinnen zu finden. Trotzdem kann man nicht sagen, die Anstalt sei jetzt ganz frei von Bazillenträgerinnen, wenn auch bis März 1920 keine Fälle mehr vorgekommen sind; denn einerseits ist das Übersehen von Typhusbazillenkolonien auf den Platten doch immerhin sehr leicht möglich, und andrerseits muß naturgemäß die Zahl der Untersuchungen stets eine relativ beschränkte bleiben, so daß bei den großen Pausen, die häufig zwischen den Ausscheidungen von Typhusbazillen liegen, ein Verfehlen der Bazillen nicht ausgeschlossen ist. Mit dieser Unsicherheit wird man sich vorläufig bei den jetzigen Entnahme- und Untersuchungsmethoden abfinden müssen.



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Jahresversammlung des Vereins bayerischer Psychiater am 3. und 4. August 1919 zu München.

Die Versammlung findet in der Psychiatrischen Klinik zu München statt.

Den Vorsitz führt *Vocke*-Eglfing.

Als Schriftführer wird am ersten Verhandlungstage *Nothaaß*-München kooptiert, am zweiten Verhandlungstage fungieren *Brandl*-Haar und *Isserlin*-München.

Anwesend sind: *Berg*-Kaufbeuren, *Beyer*-Bayreuth-Herzoghöhe, *Blachian*-Haar, *Bott*-Bamberg St. Getreu, *Brandl*-Haar, *Burgl*-München, *Cemnitz*-München, *Dreschfeld* München, *Einsle*-Ansbach, *Entres*-Eglfing, *Faltlhauser*-Erlangen, *Friedrich*-München, *Fuchs*-Kaufbeuren, *Gerz*-Würzburg, *Groß*-Schussenried, *Gudden*-München, *Hattingberg*-München, *Herfeldt*-Ansbach, *Hirt*-München, *Hock*-Bayreuth, *Hohenauer*-München, *Hohl*-Wöllershof, *Hügel*-Klingenmünster, *Husler*-München, *Isserlin*-München, *Kahn*-München, *Knab*-Klingenmünster, *Kolb*-Erlangen, *Korte*-Eglfing, *Kraepelin*-München, *Küffner*-Kutzenberg, *Kundt*-Deggendorf, *Lange*-München, *Lankes*-München *Lemberg*-Eglfing, *Levin*-München, *Mayr*-Eglfing, *Nothaaß*-München, *Oppermann*-Erlangen, *Papst*-Eglfing, *Plaut*-München, *Prinzing*-Kaufbeuren, *K. Ranke*-München-Obersendling, *Rehm*-München-Neufriedenheim, *Reiß*-Mainkofen, *Renninger*-Klingenmünster, *Röll*-Werneck, *Roth*-München, *Rüdin*-München, *Sauer*-München, *v. Schleiß*-Gabersee, *Schnidtmann*-Haar, *Schnorr von Carolsfeld*-München-Obersendling, *Schwarz*-Bayreuth, *Schwenninger*-Reichenau, *Sendtner*-Eglfing, *Senger*-München, *Sighart* Günzburg, *Spatz*-München, *Spielmeyer*-München, *Stertz*-München, *Stöckle*-Lohr, *Strauß*-München, *Tesdorpf*-München, *Utz*-Ansbach, *Viernstein*-Straubing, *Vierzigmann*-Regensburg, *Vocke*-Eglfing, *Vogler*-Deggendorf, *Wacker*-München, *Wuth*-München, *Zierl*-Regensburg.

1. Sitzung am 3. August Vormittag.

Der Vorsitzende eröffnet die Sitzung, begrüßt insbesondere die aus dem Felde Zurückgekehrten, die erschienenen Vertreter einzelner Kreisregierungen und die Gäste. Er gedenkt des gefallenen Kollegen



Bleser-Bayreuth und der Verstorbenen *Kraussold*-Bayreuth, *Karrer*-Klingenmünster, *Alzheimer*-Breslau, *Troll*-Eglfing, Bezirksarzt *Becker* München, *Köberlin*-Erlangen, Stabsarzt *Filser*-Ingolstadt, *Würschmidt* Erlangen mit ehrenden Worten.

Geheimrat *Dieudonné* - Min. d. I. in München, Obermedizinalrat *Meßerer* - Reg. von Oberbayern, Prof. *Specht*-Erlangen, Prof. *Reichardt*-Würzburg, Sanitätsrat *Fauser*-Stuttgart senden Grüße und bedauern am Erscheinen verhindert zu sein. Die Regierungen der Pfalz und von Oberfranken danken für die ergangene Einladung, sind jedoch zu ihrem Bedauern unter den jetzigen Verhältnissen nicht in der Lage gewesen, einen Vertreter abzuordnen.

Der Vorsitzende gedenkt ferner der inzwischen erfolgten Gründung der Forschungsanstalt für Psychiatrie, an welche sich große Hoffnungen knüpfen, beglückwünscht *Kraepelin* zu seinen großen Erfolgen und fordert zu allgemeiner Unterstützung der Stiftung und der Forschungsarbeit auf. Eine Besichtigung der provisorischen Arbeitsräume der Anstalt soll am zweiten Tage nach Schluß der Vormittagsitzung stattfinden.

Bekanntgegeben wird dann ein Schreiben des Staatsministeriums des Innern, in welchem um Stellungnahme des Vereins zu dem Entwurf eines Reichsgesetzes über die Arbeitszeit der Krankenpflegepersonen ersucht wird. Dies soll im Anschluß an die Referate geschehen.

Die Versammlung nimmt hierauf zunächst die wissenschaftlichen Vorträge entgegen.

Kraepelin-München: Zur Epilepsiefrage.

Der Vortrag erscheint in der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie [1])

Keine Diskussion.

Stertz-München: Demonstration zum Symptomkomplex des Corpus striatum.

a) 17jähriges Mädchen A. E. Keine erbliche Belastung, keine familiären Erkrankungen. 1916 hatte das früher gesunde Mädchen einen Rheumatismus, bei dem sich vorübergehend eine Sprachstörung bemerkbar gemacht haben soll. Oktober 1917 ähnliche Erkrankung, lag den ganzen Winter zu Bett, wurde schwerfällig in allen Verrichtungen, alle Bewegungen wurden steif und langsam, der Gesichtsausdruck starr, die Sprache undeutlich, das Kauen und Schlucken mühsam. Der allgemeine Kräftezustand ging zurück. Das Leiden machte ganz allmählich Fortschritte.

Befund: Starre Gesichtszüge, keine Mimik, zuweilen krampfhaftes, anhaltendes Lächeln. Willkürbewegungen im Gesicht fast = 0, zuweilen

[1]) Siehe dort Bd. 52, S. 107.



rhythmischer Tremor des Unterkiefers. Vermehrte Salivation. Kauen und Schlucken stark erschwert, Sprache undeutlich, tonlos, langsam, bald versagend.

Allgemeine, wenn auch nicht überall gleich stark entwickelte Hypertonie der Muskulatur, verbunden mit Verlangsamung und Schwerfälligkeit aller Bewegungen. Hochgradige Bewegungsarmut. Ausgesprochene Adiadochokinesis. Geringe Neigung zu Kontrakturbildung (Bizeps). In den Extremitäten keine ausgesprochenen Paresen. Keine Pyramidenbahnsymptome. Gang mit kleinen, schleifenden Schritten. Propulsion. Kataleptoide Erscheinungen. Gelegentlich Tremor in den Händen. Psychisch keine gröberen Veränderungen. Innere Organe o. B. Infantiler Habitus.

Diagnose: Wilsonsche Krankheit.

b) Käti H., 11 Jahre. Schwester der Pat. an einem ganz ähnlichen Leiden in der Klinik behandelt und gestorben. Es fand sich eine Lungen- und Miliartuberkulose, keine Leberzirrhose, nicht der für die Wilsonsche Krankheit typische, makroskopische Befund am Striatum, aber immerhin deutliche histologische Veränderungen dieser Gegend.

Pat. zeigte nach anfänglich normaler Entwicklung vom 5. Jahre an einen geistigen Stillstand bzw. Rückgang. Sie wurde böswillig, eigensinnig. Allmählich bekam sie einen unsicheren Gang. Im Juli 1917 wurde das rechte Bein adduziert und nach innen rotiert gefunden, leichter Spitzfuß, steife Haltung der Hände, allenthalben Hypertonie, die aber bei Ausschaltung aller willkürlichen Spannungen keinen sehr hohen Grad hatte. Gesamte Körperhaltung steif, Gang unelastisch, tappend. Bei allen Verrichtungen langsam und unbeholfen. Innere Organe o. B. Kein Kornealring. Wassermann negativ.

Befund: Im Wachstum stark zurück. Gesichtszüge starr, oft stereotypes, krampfhaftes Lächeln, sonst starre Züge. Herabgesetzte Motilität der Gesichtsmuskeln. Sprache verlangsamt, rasch ermüdend. Rigidität der Muskulatur, mit regionären Verschiedenheiten. Gesamthaltung steif, allgemeine Armut an spontanen, insbesondere an Mitbewegungen, Gang desgleichen. Zuweilen feinschlägiges Zittern bei Anstrengungen, grobe Kraft normal. Feinere Verrichtungen in hohem Maße erschwert, verlangsamt. Psychisch ziemlich grobe Intelligenzschwäche. Bei Anstrengungen und Affekten zuweilen krampfhafte Anspannung großer Teile der Körpermuskulatur unter vibrierendem Zittern derselben. Einmal ein einige Sekunden dauernder Anfall von tonischen Krampferscheinungen bei gleichzeitigem Erblassen und Taumeln. Sehr langsame Progredienz.

Es ist anzunehmen, daß die Pat. auch im anatomischen Sinne an der gleichen Krankheit leidet wie ihre verstorbene Schwester. Der klinische Komplex ist ganz der der Wilsonschen Krankheit, doch ist die starke Abnahme der Intelligenz bemerkenswert. Um Pseudosklerose handelt es




sich nach dem Befund bei der Schwester nicht. Was klinisch als Wilsonsche Krankheit erscheint, ist pathologisch anatomisch bisher noch nicht einheitlich erfaßt. Andererseits können dem gleichen anatomischen Befund klinisch verschiedene Krankheitsbilder entsprechen (Wilson — „Torsionsneurose“). Wie bei anderen hereditär-familiären Erkrankungen ist auch hier mit Übergangsformen zwischen den einzelnen Formen zu rechnen. Nähere Mitteilung a. a. O.

Keine Diskussion.

Kraepelin-München: Demonstration von Lehrmaterial.

Vortr. führt eine längere Reihe von Lichtbildern vor, Wachstumsstörungen, Infantilismen, Zwerg- und Riesenwuchs, krankhafte Fettansammlung, endokrine Störungen, Dystrophiaadiposo-genitalis, Eunuchoidismus, Viraginität, Behandlungserfolge bei Kretinismus, Mongolismus, ferner Stigmata der Erbsyphilis (Zähne, Gesichtsbildung, Schädelform), endlich seltenere Idiotieformen, tuberöse Sklerose (mit Vorführung eines Kranken), Makrogenitosomia precoce, Idiotia thymica.

Keine Diskussion.

Lange-München: Demonstration von Kretinen.

An zwei Kretinen und an Bildern von weiteren Fällen von Kretinismus, die während der letzten Jahre in der psychiatrischen Klinik München beobachtet worden waren, wurden die Wirkungen der Thyreoidinbehandlung gezeigt.

Allenthalben wurde durch die Behandlung ein wesentlicher Fortschritt erreicht, vor allem in der körperlichen Entwicklung. Geringer war die Wirkung des Thyreoidins auf die geistige Leistungsfähigkeit, die in den meisten Fällen zwar deutlich, aber nicht sehr weitgehend gehoben würde. Die jüngeren Fälle sprachen in dieser Beziehung viel besser an als die älteren. Bei jedem einzelnen Kranken ließ sich eine ausgesprochene Umwandlung der Persönlichkeit feststellen. Aus den stumpfen, unempfindlichen, kaum menschenähnlichen Wesen wurden frische, gemütlich in jeder Weise ansprechbare Menschen mit bestimmten Neigungen und Abneigungen, die, wenn sie auch eine Reihe der typischen Wesenszüge des Kretinismus beibehielten, doch zu verschiedenartigen kleinen Persönlichkeiten sich entwickelten.

In kurzen Ausführungen wurde darauf eingegangen, weshalb die Erfolge nicht größere waren. Vor allem dürfte in den fraglichen Fällen das ausnahmslos zu hohe Alter beim Behandlungsbeginn eine weitergehende Thyreoidinwirkung unmöglich gemacht haben. Der gänzliche Ausfall der Schilddrüsenfunktion wird Schädigungen hervorrufen, die zum Teil irreparabel sind; und zwar werden die Schädigungen um so hochgradiger sein, in je rascherer Entwicklung sich der Körper und vor allem das Gehirn zur Zeit des sich vollziehenden Ausfalls der Drüsen-



leistungen befinden. Nachdrücklich muß deshalb die Kenntnis des Krankheitsbildes, wie es sich bei kleinen Kindern zeigt, gefordert werden, da man, wie die Beobachtungen bei frühzeitig behandeltem infantilen Myxoedem beweisen, dann außerordentlich weitgehende Besserungen und selbst Heilungen erreichen kann. Freilich darf man wohl nicht überall so große Erfolge erwarten, so früh auch die Behandlung einsetzen mag, da gewisse Erfahrungen, vor allem beim endemischen Kretinismus, der auf einem stark degenerativen Boden erwächst, den Gedanken nahelegen, daß der Schädigung der Drüse eine solche des Gehirns parallel geht, die unabhängig von der der Drüse ist. In solchen Fällen wird natürlich auch die raschest einsetzende Therapie keine Erfolge erzielen können.

Keine Diskussion.

Kahn-München: Psychopathen als revolutionäre Führer.

Der Vortrag erscheint in der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie [1]).

Diskussion. — *Kolb*-Erlangen schließt sich den Ausführungen des Vortragenden auf Grund eines umfangreichen Materiales im allgemeinen an und betont die Notwendigkeit der Fürsorge außerhalb der Anstalten, welche eine gewisse Möglichkeit der Beaufsichtigung der psychopathischen Elemente bietet.

Der Vortrag von *Isserlin*-München über Beobachtungen an Hirnverletzten mußte wegen vorgerückter Zeit leider unterbleiben.

2. Sitzung am 4. August 1919 vormittags.

Der Vorsitzende begrüßt die zu den heutigen Verhandlungen erschienenen Vertreter der Regierungen von Oberbayern, Mittelfranken und Schwaben, worauf Oberregierungsrat *Scheiber*-München dankt.

Zunächst erstattet 1. Schriftführer *Brandl*-Haar den Rechenschaftsbericht über die Vereinsjahre 1914/15—1919. Die Prüfung des Rechenschaftsberichts übernimmt *Kundt*-Deggendorf. Nach erfolgter Prüfung wird dem 1. Schriftführer Entlastung erteilt.

Zur Wahl des Vorstands schlägt *Vocke* die Vornahme durch Zettelwahl vor und gibt bekannt, daß *Brandl*-Haar bittet, von seiner Wiederwahl abzusehen. Die Wahl erfolgt vorschlaggemäß mit folgendem Ergebnis: 1. Vorsitzender *Vocke*-Eglfing, 2. Vorsitzender *Rehm*-Neufriedenheim, 1. Schriftführer *Mayr*-Eglfing, 2. Schriftführer *Isserlin*-München.

Der Mitgliederbeitrag wird wieder auf 3 Mark, wie bisher, festgesetzt.

Als Ort für die Jahresversammlung 1920 wird Augsburg gewählt und die Besichtigung der Anstalt Günzburg hierbei in Aussicht genommen.

Hierauf stellt *Kraepelin*-München Antrag auf Herbeiführung

[1]) Siehe dort Bd. 52, S. 90.

eines Verbotes der Aufführung des Films „Anders wie die Andern" mit folgender Begründung:

Der fragliche Film stellt im wesentlichen eine Verteidigung, ja Verherrlichung der gleichgeschlechtlichen Liebe dar und zielt auf die Abschaffung des § 175 des Reichsstrafgesetzbuches ab, der am Schlusse mit dickem Pinsel ausgewischt wird. Um dieses Ziel dem Zuschauer annehmbar zu machen, wird ein gleichgeschlechtlich veranlagter Künstler geschildert, der durch Erpressung zum Selbstmorde getrieben wird. Dabei wird sein Vergehen in einer Weise dargestellt, daß der Zuschauer von den wirklichen Voraussetzungen des § 175 eine gänzlich falsche Vorstellung erhält. Weiterhin wird eine lange Reihe von Personen aller Zeiten vorgeführt, unter ihnen König Ludwig II., die als Vorläufer des geschilderten Falles bezeichnet werden; es handelt sich dabei lediglich um Erfindungen. Im Mittelpunkte der Handlung steht neben dem Künstler der „Sexualforscher", d. i. der Berliner Arzt Magnus Hirschfeld in Person, der bekannte Vorkämpfer für die angebliche Berechtigung der gleichgeschlechtlichen Liebe. Seine wissenschaftlich durchaus anfechtbaren, zum großen Teile nachweisbar unrichtigen, dem Zwecke der Stimmungmache dienenden Ausführungen über das Wesen der gleichgeschlechtlichen Liebe werden in einem auf der Filmleinwand eingeschobenen Vortrage dem großen Publikum mundgerecht gemacht.

Mag man sich nun zu der Frage einer Abänderung des § 175 stellen, wie man will, so steht doch fest, daß die hier mit Hochdruck und großen Mitteln einsetzende Bewegung für unsere Volksgesundheit in höchstem Grade gefährlich ist. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß sich die gleichgeschlechtliche Liebe wesentlich oder ausschließlich durch die Verführung in ihrem Geschlechtsleben ungefestigter, namentlich jugendlicher Personen vollzieht. Der Film selbst, in dem der Künstler einen jungen Schüler ganz in seine Netze zieht, liefert dafür ein handgreifliches Beispiel. Unendliches Unheil hat schon die unliebsame Erörterung dieser Fragen in der breiten Öffentlichkeit angerichtet; dieser Film aber ist durchaus geeignet, zahllose schwankende Personen auf falsche Bahnen zu leiten und so für ihr Leben unglücklich zu machen. Er ist übrigens nur ein Glied einer sich gerade jetzt wieder hervordrängenden Agitation, der gleichgeschlechtlichen Liebe rücksichtslos gesetzliche Anerkennung zu verschaffen. Der Verein Bayrischer Irrenärzte hält es daher für seine Pflicht, mit größter Entschiedenheit gegen diese Bestrebungen Einspruch zu erheben.

Der Antrag *Kraepelin* wird hierauf ohne Debatte einstimmig angenommen [1]).

Es folgen nun die Referate: Über Reform der Irrenfürsorge.

[1]) Die Aufführung des Filmes wurde in Bayern verboten.

Referent *Kolb*-Erlangen faßt seine Ausführungen zu folgenden Thesen und Anträgen zusammen:

A. Die öffentlichen Irrenanstalten sind zu Mittelpunkten für die Irrenfürsorge des Aufnahmegebietes auszubauen.

B. Aufnahmen und Entlassungen sind möglichst zu erleichtern.

C. Der Rechtsschutz der geistig anomalen Personen ist zu verbessern.

D. Die Fachaufsicht ist unter Zurücktreten der formalen Verwaltungsaufsicht auszubauen. Die Bayrische Irrenfürsorge ist einheitlich zusammenzufassen.

E. Auch die nicht in leitender Stellung befindlichen Ärzte sind zu selbständiger Tätigkeit und zur Mitwirkung bei den höheren Aufgaben des Irrendienstes möglichst heranzuziehen.

I. Auf Grund dieser Richtlinien befürwortet der Verein folgende Organisation der Irrenfürsorge:

1. Die Direktoren der öffentlichen Irrenanstalten sind vom Kleindienst ihrer Anstalten zu entlasten. Ihre Aufgabe soll in Zukunft sein:

a) die einheitliche Zusammenfassung der fachärztlichen, amtlichen Fürsorge für alle geistig nicht normalen Personen im Aufnahmegebiet der Anstalt, d. h. die fachärztliche Oberleitung der Heil- und Pflegeanstalt, dann aber auch die Beaufsichtigung bzw. Beratung der Pflegeanstalten, der Privatanstalten, der Irrenstationen, der Strafanstalten, der Untersuchungsgefängnisse, der Arbeithäuser, der Zwangserziehung, der Alkoholheilstätten, der Epileptikeranstalten, der Nervenheilstätten, der Psychopathenheime, der Hilfsschulen und Hilfsklassen, der Hilfsvereine für Geisteskranke, Geistesschwache und Kinder und der Fürsorge für die nicht in Anstalten untergebrachten Personen anomalen Geisteszustandes im Bereiche des Aufnahmegebietes;

b) das Referat bei Kreisregierungen, Kreistag, Kreisausschüssen in allen die Irrenfürsorge des Aufnahmegebietes betreffenden Angelegenheiten, zu deren Erörterung er zugezogen werden muß, und bei deren Beratung ihm Stimmrecht verliehen werden soll;

c) die Beratung der Behörden und die Aufklärung des Publikums in allen einschlägigen Fragen;

d) die Leitung der fachärztlichen Ausbildung und der Fortbildung der Ärzte und der Ausbildung oder Fortbildung des Pflegepersonals im Bereiche des Aufnahmegebietes.

Dem Direktor ist anheimgegeben, eine kleine Station der Anstalt zu übernehmen, unter Heranziehung eines Hilfsarztes oder jungen Anstaltsarztes, der die Station in Ärztekollegium und Konferenz vertritt. Er führt den Titel: „Direktor und Kreisirrenarzt“.

2. Zur Entlastung des Direktors vom Kleindienste ist ein Oberarzt mit der Funktion eines stellvertretenden Direktors zu betrauen mit der Aufgabe der einheitlichen Zusammenfassung der Anstalt in

psychiatrischem Geiste und der Erledigung der laufenden Betriebsgeschäfte, soweit diese nicht dem Direktor vorbehalten sind oder den Stationsdienst betreffen (Verwaltungsoberarzt des Referates 1908). Mindestens in einem Teile der Anstalten wird er eine kleine Station führen können.

3. Der ärztliche Stationsdienst wird durch Ärzte mit mehr als dreijähriger Anstaltsdienstzeit, die mit der Funktion von Stationsärzten betraut sind, nach den allgemeinen Richtlinien des Direktors selbständig und verantwortlich geführt. Jede Station enthält Wache und eigenes Pflegepersonal.

4. Für den Dienst außerhalb der Anstalt ist ein externer Oberarzt vorzusehen; ferner im Etat die Bereitstellung von Mitteln zur Unterstützung der in Fürsorge stehenden Personen und eventuell auch Anstalten. Mindestens in einem Teile der Anstalten wird der externe Oberarzt wenigstens zunächst eine kleine Station führen können. Titel: Externer Oberarzt oder Oberarzt im Außendienst.

5. Die täglich vom stellvertretenden Direktor abzuhaltenden ärztlichen Konferenzen dienen der dauernden Fühlungnahme der einzelnen Stationen und Ärzte untereinander und mit dem Gesamtbetriebe und der Besprechung der sämtlichen laufenden Anstaltsangelegenheiten. Der Direktor wird nach Bedarf den Konferenzen anwohnen; er wird erweiterte Konferenzen unter Zuziehung des externen Oberarztes, eines Verwaltungsbeamten, des Lehrers, eventuell auch der Ärzte auswärtiger Betriebe und privater Irrenärzte usw. abhalten.

6. Auf Antrag von einem Drittel der Ärzte oder auf Anordnung des Direktors oder des stellvertretenden Direktors tritt ein Ärztekollegium unter dem Vorsitze des mit Stichentscheid ausgestatteten stellvertretenden Direktors zur Beschlußfassung in bestimmten Fragen zusammen. Gegen die Beschlüsse ist Berufung an den Kreisirrenarzt zulässig, dem das Vetorecht zusteht mit der Verpflichtung der sofortigen Berichterstattung an Schutzgericht oder Aufsichtsbehörde oder Landespsychiater unter Vorlage der Stellungnahme des Ärztekollegiums.

7. Zur Fortbildung der Anstaltskranken, ferner zur fachmännischen Beratung der Hilfsschulen und Hilfsklassen, der Zwangserziehung, überhaupt des externen Dienstes, wird ein Lehrer im Hauptamte berufen, der dem Kreisirrenarzt unmittelbar unterstellt ist.

8. Aufnahme und Entlassung der Kranken ist möglichst zu erleichtern. Zur Aufnahme genügt ein Attest, das jeder in Deutschland approbierte Arzt ausstellen kann. Entlassungen sollen nur dann verweigert werden, wenn eine erhebliche, auch durch Aufsicht und Fürsorge nicht zu beseitigende Gefährdung der Umgebung oder des Kranken zu erwarten steht. Die Beschränkung der distriktspolizeilichen Einweisungen ist anzustreben. Die Aufnahmegenehmigung erfolgt durch das Ärzte-



kollegium nach Anhörung, in zweifelhaften Fällen nach Untersuchung des Kranken.

9. Der Rechtsschutz des Kranken innerhalb und besonders außerhalb der Anstalten ist zu verbessern und auf jede Weise zu sichern. Die Einrichtung von Irrenschutzgerichten, in denen neben einem Richter und dem Direktor auch Laien, darunter mindestens eine Frau, vertreten sind, ist beim Ministerium des Innern und der Justiz anzuregen.

10. Die Gründung einer Vereinigung von Angehörigen der Anstaltskranken in jedem Aufnahmegebiet wird befürwortet; die Zuziehung der Vertreter dieser Vereinigung ist besonders dann vorzusehen, wenn durch zu weitgehende Ansprüche von Angestellten oder durch sonstige Eingriffe oder Vorkommnisse eine Benachteiligung der Kranken zu besorgen steht.

11. Der Ausbau der öffentlichen Anstaltsfürsorge für bemittelte Kranke ist in einer Form, die der öffentlichen Irrenfürsorge Überschüsse sichert, ins Auge zu fassen.

12. Die Mitwirkung des Anstaltspersonals nach Maßgabe der neuen Bestimmungen ist allgemein vorzusehen.

13. Die Fürsorge für die nicht in Anstalten untergebrachten Personen anomalen Geisteszustandes ist durch die externen Oberärzte nach Anleitung der Kreisirrenärzte im Anschlusse an die Heil- und Pflegeanstalten besonders in den größeren und mittleren Städten zu organisieren und durch Bereitstellung von Unterstützungsbeiträgen zu fördern.

14. In der Frage des Achtstundentages des Pflegepersonals, in dessen Einführung der Verein eine ernste Gefahr für die Irrenfürsorge und für Stellung und Zukunft des jetzigen Pflegepersonals erblickt, schließt sich der Verein der vom Referenten vorgetragenen Stellungnahme an.

15. Die Organisation der Anstalten, die eine wirksame fachärztliche Aufsicht ermöglicht, macht die notwendige Einschränkung der verwaltungstechnischen Aufsicht möglich.

16. Für Kranke, die auf Grund distriktspolizeilicher Einweisung sich in der Anstalt befinden oder länger als 5 Jahre in öffentlichen Irrenanstalten untergebracht sein müssen, wird die Überbürdung des Pflegegeldes 3. Klasse auf die zuständige Armenpflege befürwortet.

17. Zur einheitlichen Zusammenfassung der Irrenfürsorge des Landes und zur Beratung und Unterstützung der Behörden, des Parlamentes und der Öffentlichkeit in allen die Irrenfürsorge im weitesten Sinne des Wortes betreffenden Angelegenheiten ist die Aufstellung eines Landesirrenarztes zu beantragen, der in allen die Irrenfürsorge betreffenden Angelegenheiten gehört werden muß. Die Funktion wird zweckmäßig im Nebenamte ausgeübt. Die Übertragung erfolgt zweckmäßig auf die Dauer von 2 Jahren an einen Direktor und Kreisirrenarzt. Wissenschaft-



licher und Standesverein präsentieren je einen Bewerber, aus denen das Ministerium des Innern die Wahl trifft.

Erneute Präsentation und Wiederwahl nach Ablauf der Amtszeit sind angängig. Vorübergehende Beurlaubung aus dem Anstaltsdienste bei Häufung von Amtsgeschäften oder zur Erledigung besonderer Aufgaben wird zweckmäßig vorgesehen.

Die Genehmigung einer Funktionszulage auf Antrag wird befürwortet.

II. Der Verein hält Schritte von seiner Seite in Sachen des Abbaues der Privatanstalten, der einen weitgehenden Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht der Kranken und ihrer Familien und in den Grundsatz der freien ärztlichen Wahl darstellt, und in Sachen der Erhöhung des Pflegegeldes I. und II. Klasse (eines Pflegegeldnachlasses) nicht für veranlaßt, zumal da er den bisher durchschnittlich hohen Stand der bayerischen Privatanstalten gerne anerkennt und ohne Abbau der Privatanstalten eine Pflegegelderhöhung eine der öffentlichen Irrenfürsorge abträgliche Wirkung haben würde.

III. Ohne sich an Einzelheiten zu binden, erklärt der Verein, daß er die Ausführungen des Referenten *Kolb* und die Ausführungen des *Rehm-Kolb*schen Referates 1908 als Grundlage für die Organisation der Irrenfürsorge annimmt und vertritt. Auf dieser Grundlage, unter Berücksichtigung der Diskussion, sind Entwürfe zu Satzungen, Dienstanweisungen, Bestimmungen über das Ärztekollegium auszuarbeiten. Der Verein ersucht Herrn *Kundt*-Deggendorf, diese Ausarbeitung zu übernehmen.

IV. Der Verein bayerischer Psychiater und der Verein bayerischer Anstaltsärzte ersuchen ihre Vorstände und Mitglieder nach Möglichkeit im Sinne der angenommenen Anträge zu wirken. Der Vorstand wird ersucht, die Leitsätze, weiterhin Bericht über die Tagung möglichst bald in die Medizinische Wochenschrift und in die Fachzeitung zu bringen.

Der Referent wird ersucht in der Öffentlichkeit die Leitsätze zu begründen und sein Referat möglichst bald zu veröffentlichen. Vorstand und Referent werden ersucht, ihre Veröffentlichungen vor der Absendung auszutauschen und Abänderungswünsche gegenseitig tunlichst zu berücksichtigen.

V. Die Tätigkeit des Landesirrenarztes hat in ständiger Fühlungnahme mit der Vertretung der Direktoren, des wissenschaftlichen und Standesvereins zu erfolgen mit dem Rechte und der Pflicht der Darlegung der beiderseitigen Stellungnahme. Zu diesem Zwecke tritt im Bedarfsfalle, mindestens aber jährlich einmal auf Veranlassung des Landesirrenarztes oder auf Antrag von drei Konferenzmitgliedern oder auf Antrag von mindestens $^1/_5$ der Mitglieder des wissenschaftlichen oder Standesvereins oder auf Antrag des Ausschusses unter dem Vorsitze des ältesten Direktors eine Direktorenkonferenz zusammen, in die der wissenschaftliche und der Standesverein den ersten, im Falle der Behinderung

den zweiten oder dritten Vorstand mit 17 Stimmen abordnen. In all übrigen Angelegenheiten ist im Bedarfsfalle schriftlich ein Lande ausschuß einzuvernehmen, der besteht aus einem vom wissenschaf lichen Vereine aus den Direktoren gewählten Vorsitzenden, aus eine Vertrauensmann der Direktoren, ferner aus den in die Konferenz a geordneten Vorständen des wissenschaftlichen und Standesvereins.

Der Ausschuß wird auf Veranlassung des Landesirrenarztes od eines Ausschußmitgliedes oder auf Antrag von mindestens $^1/_{10}$ der M glieder der beiden Vereine oder auf Antrag des Ärztekollegiums ei Anstalt durch den Vorsitzenden einberufen. Konferenz und Aussch haben das Recht, besonders sachverständige Psychiater mit 17 Stimn beizuziehen und die Pflicht, bei Fragen, die Privatanstalten oder irr ärztliche Privatpraxis oder Ärzte, Beamte, Personal betreffen, je ei Vertreter dieser Anstalten und Ärzte und Klassen mit Sitz und Stin beizuziehen.

VI. Beim Deutschen Verein für Psychiatrie ist durch die Kommis baldigst anzuregen:

1. er wolle sich dem Vorgehen des Vereins bayerischer Psychi tunlichst anschließen und ein ähnliches Vorgehen bei den übrigen wis schaftlichen und Standesvereinen in Deutschland und Österreich regen,

2. er wolle die Berufung eines Reichsirrenarztes im Neben zur einheitlichen Zusammenfassung der Irrenfürsorge des Reiches zur Beratung und Unterstützung der Behörden, der Nationalversamn und der Öffentlichkeit in allen die Irrenfürsorge im weitesten Sinn Wortes betreffenden Angelegenheiten an zuständiger Stelle beantr

Die Tätigkeit des Reichsirrenarztes hätte sich vielleicht zweck auf eine im Bedarfsfalle einzuberufende Konferenz zu stützen, d (einer beschränkten Anzahl von) Landesirrenärzten und (einer annä gleichen Anzahl von) Fachärzten, die vom Deutschen Verein Psychiatrie für eine gewisse Periode gewählt werden, zu bestehen und zur mündlichen oder schriftlichen Erledigung dringlicher oder wichtiger Aufgaben wohl zweckmäßig einen Ausschuß wählen wür

Korreferent *Rehm*-Neufriedenheim stellt als Ergebnis Ausführungen folgende Leitsätze auf:

1. Die früheren Beschlüsse des Vereins in bezug auf die Fü für Schwachsinnige, Epileptiker, Nerven- und Alkoholkranke, pathen usw. werden erneuert.

2. Die Irrenfürsorge soll sich auf alle außerhalb der Irrena befindlichen Geisteskranken im weiteren Sinn erstrecken. In jed staltsaufnahmebezirk soll ein Oberarzt mit der Fürsorge betraut

3. Der Rechtsschutz der Geisteskranken soll ärztlich trauenskommissionen übertragen werden, die von allen in den A tätigen Ärzten aus ihren eigenen Reihen zu wählen sind.



Für jeden Kreis soll eine psychiatrische Kreiskommission, für das ganze Land eine Landeskommission gewählt werden.

4. Diesen Kommissionen soll gleichzeitig — unter Beseitigung jeder anderen behördlichen Aufsicht — die Fachaufsicht über das ganze Irrenwesen im Kreis, die Oberaufsicht im ganzen Land zustehen, abgesehen von der finanziellen und wirtschaftlichen Kontrolle der Anstaltsbetriebe.

5. Die psychiatrischen Kreis- und Landeskommissionen bilden zugleich die Standesvertretung sämtlicher an den Anstalten tätigen Ärzte, sie sollen das Recht erhalten, ständige Vertreter in die Kreismedizinalausschüsse und in den Obermedizinalausschuß zu entsenden.

6. Der ärztliche Anstaltsdienst soll in kollegialer Weise, nach dem Vorbild der Krankenhäuser, organisiert werden. Die Oberärzte und Anstaltsärzte sollen für die Ausübung des ärztlichen Dienstes volle Selbständigkeit mit eigener Verantwortung erhalten.

7. Die Direktoren sollen — neben den Verwaltungsgeschäften — durch Besuche auf den Abteilungen und durch regelmäßige Abhaltung von Konferenzen für die Einheitlichkeit des ärztlichen Dienstes sorgen, den Ärzten als Consiliarii jederzeit zur Seite stehen und sich die wissenschaftliche Förderung der Ärzte sowie die Ausbildung des Pflegepersonals angelegen sein lassen.

8. Vom öffentlichen Standpunkt aus besteht für die Abschaffung der Privatirrenanstalten keinerlei Veranlassung.

Die Vormittagsitzung wird hierauf geschlossen, und es folgt eine Besichtigung der Arbeitsräume der Forschungsanstalt für Psychiatrie. Die zwei anatomischen, die serologische. chemische und klinische Abteilung haben vorläufig in der Klinik Unterkunft gefunden, die ausgedehnte genealogische nebst einem Teil der Bücherei in einer Mietwohnung unweit der Klinik. Besonderes Interesse erregte u. a. die im Werden begriffene, großartig angelegte, klinische Kartei, welche dem Forscher und Arbeiter auf jedem nur denkbaren Gebiete der klinischen Psychiatrie einen Überblick über das für die einschlägige Frage vorhandene Material an Krankengeschichten aus der Klinik gibt.

3. Sitzung am 4. August Nachmittag.

Der Vorsitzende gedenkt zunächst mit warmen Worten der Kollegen im besetzten Gebiet der Pfalz und erbittet die Zustimmung der Versammlung zu einem Schritte des Vereins, um die Aufhebung der Sperre für deutsche medizinische Fachschriften in der Pfalz wenn möglich zu erwirken. Die Zustimmung wird beifällig erteilt.

Es folgt die Diskussion über die Referate:

Vorsitzender: Bei der Fülle der von den Herrn Referenten gegebenen Anregungen ist es heute nicht mehr möglich, auf alle einzelnen einzugehen, und es ist notwendig, die Diskussion um die vier Hauptpunkte zu gruppieren, damit ein Ergebnis erreicht wird. Diese sind 1. die Er-

weiterung der Irrenfürsorge über die Anstalten hinaus, wie das *Rehm* in seinem Leitsatz 1 zusammengefaßt hat, 2. der Achtstundentag des Pflegepersonals, 3. der Rechtsschutz der Geisteskranken und 4. die Organisation des irrenärztlichen Dienstes innerhalb und außerhalb der Anstalt. Ich schlage daher vor, daß die Diskussion in dieser Reihenfolge geführt wird.

I. Erweiterung der Irrenfürsorge auf Schwachsinnige usw. (Leitsatz 1 von *Rehm*):

Kolb schlägt die Bildung einer Kommission zur weiteren Verfolgung sämtlicher Angelegenheiten vor.

Nach Äußerungen von *Vocke*, *Rehm*, *Schwarz* und *Papst* wird dieser Vorschlag im gegenwärtigen Stadium der Beratung abgelehnt und Leitsatz 1 einstimmig angenommen.

II. Achtstundentag des Pflegepersonals:

Der Vorsitzende berichtet, daß eine Direktorenkonferenz am 2. Juli 1919 in München sich u. a. bereits mit dieser Frage beschäftigte und auf Grund eines von *Kolb*-Erlangen erstatteten Berichtes auf folgende von ihm vorgeschlagene Stellungnahme geeinigt hat:

1. Die Direktoren sind durchdrungen von der Bedeutung eines tüchtigen Pflegepersonals; sie werden alle erfüllbaren und dem Zwecke entsprechenden Wünsche des Pflegepersonals mit Nachdruck unterstützen, soweit diese Wünsche den Interessen der Kranken nicht widerstreiten.

2. Bei der Eigenart der Geisteskranken, die nicht in der Lage sind, für sich selbst zu sorgen, selbst über ihren Zustand zu berichten, gefährdet ein zu häufiger Wechsel der pflegenden und beaufsichtigenden Personen die Sicherheit und den ärztlichen Erfolg des Krankendienstes, die Sicherheit und die Ehrlichkeit des Anstaltsbetriebes; das gilt besonders für die großstädtischen Anstalten mit ihrem hohen Prozentsatze an Paralysen und kriminellen Kranken. Diese Gefahr kann durch eine noch so weitgehende Vermehrung des Pflegepersonals nicht vermieden werden, da mit der Vermehrung des Pflegepersonals selbst wieder gewisse Gefahren untrennbar verbunden sind (Unübersichtlichkeit, Wechsel, Zurücktreten der Interessen der Kranken hinter den Interessen des Personals).

Es besteht die Gefahr, daß bei dem wirtschaftlichen Tiefstand, dem wir entgegengehen, die für die Kranken wünschenswerten, ja notwendigen Aufwendungen nicht dauernd aufgebracht werden können, wenn der Aufwand für das Personal durch Personalvermehrung um 100 % und durch gleichzeitige Lohnerhöhungen ins Ungemessene steigt.

3. Eine Vermehrung der dienstfreien Zeit auf zwei freie Tage in der Woche und auf 3 Wochen Urlaub im Jahr, vielleicht auch noch die Einführung der 60stündigen Dienstleistung pro Woche (System des dienstfreien dritten Tages) ist daher das äußerste Zugeständnis, das vom psychiatrischen Standpunkte aus eben noch dauernd vereinbar ist mit den Interessen des Kranken- und Anstaltsdienstes.



4. Es besteht ferner die Gefahr, daß das Pflegepersonal seine bisher mit Recht bevorzugte Stellung verliert: schon jetzt stellen die Tarifentwürfe die Pflegerinnen den Küchenmägden, die Pfleger den Hausdienern, die Vizeoberpfleger dem Kanalwärter gleich; schon jetzt wird die Frist für Pensionsberechtigung auf 5 Jahre verlängert.

Weitere Verbesserungen der Lage werden für ein um 100% vermehrtes Pflegepersonal wesentlich schwieriger zu erreichen sein.

5. Da der Irrenpflegedienst besondere über die gewöhnliche Arbeitszeit notwendigerweise hinausgehende Verpflichtungen bedingt, erscheint die Einreihung der Pfleger in eine Beamtenklasse nach Abschluß der Ausbildungszeit ein Gebot der Gerechtigkeit.

6. Wenn ohne Rücksicht auf die Gefahren und Nachteile für Anstalt, Kranke und Pfleger der Achtstundentag oder eine sonstige mit Wesen und Zweck des Irrenpflegedienstes unvereinbare Regelung durch einen Kreistag beschlossen werden sollte, so ist es Pflicht des Direktors, darauf hinzuweisen, daß diese Regelung mit schweren Nachteilen und Gefahren für Sicherheit und Erfolg des Krankendienstes verbunden ist, die auch durch den größten finanziellen Aufwand nicht beseitigt werden können.

Es ist ferner Pflicht des Direktors, die vorgesetzten Dienststellen und die Öffentlichkeit auf die mit Sicherheit zu erwartenden Nachteile und Gefahren hinzuweisen.

7. Ergibt sich, daß die maßgebende Vertretung unseres Volkes eine Änderung trotzdem nicht für veranlaßt hält, so werden sich die Direktoren pflichtgemäß bemühen, die beschlossene Regelung in einer Form durchzuführen, welche die Nachteile für den Kranken- und Anstaltsdienst auf ein möglichst geringes Maß beschränkt.

Auf diese Sätze wird sich auch unsere heutige Versammlung wohl einigen und einfach darauf Bezug nehmen können. Im Zusammenhang mit dieser Frage bitte ich Sie, sich gleich zum Entwurf des Reichsarbeitsministeriums über die Arbeitszeit der Krankenpflege zu äußern. Für uns kommt außer der Arbeitszeit wohl nur der § 6 über die Strafbestimmungen in Frage, der in seiner jetzigen Fassung unhaltbar ist, zumal gegenüber den Ärzten und Leitern öffentlicher Anstalten, welche überall Beamteneigenschaft haben.

Hügel-Klingenmünster beantragt in den Sätzen der Direktorenkonferenz den Passus über die 60stündige Arbeitszeit zu streichen.

Kundt-Deggendorf bekämpft die Fassung des § 6, der jeder willkürlichen Auslegung Tür und Tor öffnet.

Kolb-Erlangen: Nach dem Ergebnis seiner Rundfrage über den Achtstundentag sei dieser als eine Utopie zu bezeichnen. Die Aufwendungen für denselben betragen viele Millionen, und es besteht die Gefahr, daß infolge dieser hohen Aufwendungen an anderen Stellen zum Schaden der Kranken und der Irrenfürsorge überhaupt in unzuträglichem Maße ge-



spart werden muß. Schließlich werde es zur Einführung geistlichen Personals kommen.

Dees-Gabersee: Wenn wir nicht mit dem Achtstundentag einverstanden sind, ist es notwendig, den gesetzgebenden Stellen anzugeben, welche Dienstzeit für das Irrenpflegepersonal zu bestimmen ist. Ich empfehle die 60 Stundenwoche. — Der Achtstundentag beherrscht die ganze irrenärztliche Situation. Ein Kranker 3. Klasse verursacht bei Einführung des Achtstundentages etwa 15 Mark Unterhaltskosten. Derartige Kosten werden eine Umwälzung im Irrenwesen hervorrufen, von der wir vorläufig noch keine Ahnung haben. Es empfiehlt sich auch, die Schäden, die sich aus der achtstündigen Arbeitszeit des Pflegepersonals ergeben, genauer festzustellen, da wir nur mit bestimmten Angaben Eindruck machen.

Blachian-Haar: Die achtstündige Arbeitszeit ist an der Anstalt Haar seit über 2 Monaten eingeführt, ich glaube daher in der Lage zu sein, mich aus eigener Erfahrung zu dieser Frage zu äußern. Was zunächst die Diensteinteilung betrifft, so ergab nach der Eigenart des Betriebes von selbst der dreimalige Schichtwechsel: eine Frühschicht von 6—1 Uhr, eine Mittagsschicht von 1—9 Uhr und die Nachtschicht von 9—6 Uhr. Für die Arbeitspfleger wurde die unterbrochene Arbeitszeit, wie bei den beruflichen Arbeitern, von 8—12 und 2—6 gewählt. Die Krankenpfleger haben also einen dienstfreien Tag in der Woche und sechs freie Vor- oder Nachmittage, gewiß Freizeit genug für Leute, die im schaffenskräftigsten Alter stehen. Die Art, wie das Personal seine Freizeit zuzubringen pflegt, gibt vielfach zu schweren Bedenken Anlaß. An sich könnte uns — auch darin mußten wir umlernen — gleichgültig sein, welchen Gebrauch das Personal von seiner Freizeit macht, wenn nicht durch Mißbrauch derselben das Niveau der Arbeitsleistung oft erheblich herabgedrückt würde. — Der häufige Schichtwechsel bringt mit sich, daß das Pflegepersonal interesse- und teilnahmlos den Kranken gegenübersteht; diese leiden darunter, tagüber zwei verschiedenen Pflegern überantwortet zu sein, ärztliche Anordnungen bleiben unausgeführt, weil der abgehende Pfleger oft anderes zu denken hat, als seinen Nachfolger entsprechend zu instruieren. Trotz einer Personalvermehrung von fast 100 % stehen auf den Stationen weniger Pfleger als früher zur Verfügung. Zusammenfassend läßt sich sagen, daß der dreimalige Schichtwechsel, wie ihn die achtstündige Arbeitszeit im Gefolge hat, ein Unglück für unsere Kranken und ein Unding für das Personal ist. Unsere Aufgabe muß es daher sein, den häufigen Schichtwechsel zu beseitigen. An die Wiedereinführung der 15stündigen Arbeitszeit denkt selbstverständlich niemand, dagegen läßt die 60stündige Arbeitswoche, zu der sich sämtliche Anstaltsdirektoren gelegentlich der jüngsten Konferenz in München einmütig bekannten, eine befriedigende Lösung zu. Leider steht einer solchen Regelung der uns dieser Tage seitens des Staatsministeriums des Innern zugegangene vorläufige Entwurf eines

Gesetzes über die Arbeitszeit der Krankenpflegepersonen einigermaßen im Wege. Nach der Fassung des § 1 dieses Entwurfs besteht wenig Aussicht, daß die achtstündige Arbeitszeit für das Pflegepersonal noch abgewendet werden wird.

Vocke weist auf die rechnerischen Folgen der Einführung des Achtstundentages in Eglfing hin. Zurzeit betragen die Kosten für einen Kranken 12 Mark im Tag, davon entfallen für Personal 3,93 Mark. Im Etat der Anstalt für 1920 befinden sich 1393000 Mark nur für das Pflegepersonal bei 1200000 Mark Einnahmen.

Groß-Schussenried spricht sich gegen die Einführung des Achtstundentages aus, weil von der Ausdehnung der freien Zeit mißbräuchliche Anwendung derselben zu befürchten ist, insbesondere im Hinblick auf die gewaltige Lohnsteigerung. Der Pflegerausschuß Schussenried selbst spricht sich gegen Einführung der achtstündigen Arbeitzeit aus.

Vocke befürwortet die Festsetzung einer äußersten Grenze der Arbeitszeit in dem Sinne, daß auf ein und demselben Posten in einer Woche höchstens zwei Pflegepersonen im Tagesdienst wechseln dürfen, nicht vier, wie das beim Achtstundentag notwendig ist.

Hügel-Klingenmünster wünscht Vorschläge dahingehend, daß dem Pflegepersonal wöchentlich zwei freie Tage, außerdem ein Jahresurlaub von 3 Wochen gewährt werden solle.

Nach Schluß der Debatte erklärt sich die Versammlung einstimmig für Stellungnahme gegen den Achtstundentag im Sinne der Leitsätze der Direktorenkonferenz und namentlich gegen die Aufnahme von Strafbestimmungen. Die von *Vocke* genannte Grenze wäre die äußerst zulässige.

III. Rechtsschutz der Geisteskranken (Aufnahme, Entlassung, Protest gegen Zurückhaltung, Kontrolle hierüber usw.).

Vocke bemerkt, daß sich der Rechtsschutz nicht mit der Fachaufsicht allein begnügen könne.

Kraepelin empfiehlt dringend, die Entscheidung über die Anstaltsbedürftigkeit den Gerichten zu übertragen, die nach Bedarf geeignete Sachverständige zu ernennen haben. Auch dem Kranken und seinen Angehörigen muß das Recht zur Anrufung eines Sachverständigen zugestanden werden. Die jetzige Einrichtung, daß ein Kranker nur unter der Gefahr der Entmündigung oder unter Anrufung der vorgesetzten Behörde seine Entlassung betreiben kann, ist unbedingt verbesserungsbedürftig, da im letzteren Falle immer wieder die gleichen Sachverständigen zu entscheiden haben. — In der Klinik sei es zurzeit üblich, in strittigen Fällen die Entscheidung durch den Bezirksarzt herbeizuführen.

Kolb erklärt, um die Zuziehung des Laienelementes werde man nicht herumkommen.

Korte-Eglfing äußert Bedenken gegen den Weg der polizeilichen Einweisung, da hierdurch die Entlassung der Kranken erschwert werde.



Kraepelin legt in erster Linie Wert darauf, daß die Einweisung, wenn eine solche notwendig wird, durch einen außerhalb der Anstalt stehenden Arzt erfolge.

Rehm wünscht möglichste Einschränkung der polizeilichen Einweisung nach Art. 80 PStGB.

Kolb ist dafür, man solle sich jetzt nur dafür aussprechen, daß der Rechtsschutz der Kranken möglichst verbessert und die Entlassung möglichst erleichtert werden solle; auf Einzelheiten könne man jetzt nicht eingehen.

Vocke erinnert an die Absichten der bayerischen Ministerien der Justiz und des Innern, anläßlich einer Novelle zum Polizeistrafgesetzbuch einen Rechtsschutz der internierten Kranken auf dem Wege der freiwilligen Gerichtsbarkeit ohne Entmündigungsverfahren herbeizuführen, was ideal gewesen wäre. Der Entwurf wurde leider in der Reichsratkammer zu Fall gebracht. Hieran muß, wie auch *Kraepelin* meint, wieder angeknüpft werden.

Prinzing-Kaufbeuren tritt für Zuziehung des Laienelements, vielleicht auch bei den Besuchskommissionen, ein.

Kraepelin berichtet über die Tätigkeit solcher Besuchskommissionen in England, wo dieselben bereits eingeführt seien, ist aber der Ansicht, daß diese Einrichtung keinen rechten praktischen Wert besitze.

Vocke betont, daß das Laienelement bereits im Kreisrat eine voraussichtlich recht ausgiebige Vertretung habe, den Rechtsschutz könne sie aber doch nicht ersetzen.

Kolb hält an der Forderung der Errichtung von Schutzgerichten fest, bestehend aus einem Richter als Vorsitzenden, ferner einem Mitglied des Landtags, des Kreistages, des Arbeiterrates und einem Berufsvormund.

Groß-Schussenried: Die Heranziehung des Laienelements zur Einweisung ist in Württemberg bisher schon durch den Bezirksrat ermöglicht bzw. vorgeschrieben. Die Erleichterung der Aufnahmen, die nach dem bestehenden Statut außerordentlich erschwert ist, ist unbedingt erforderlich.

Kundt: Es sind über den Rechtsschutz, dessen bessere und wirksamere Ausgestaltung allgemein für nötig gehalten wird, drei Auffassungen vertreten:

1. Verbesserung durch fachärztliche kollegiale Beaufsichtigung (*Rehm*);
2. Beiziehung des Laienelements (*Kolb*);
3. Übertragung des Rechtsschutzes an die Gerichte unter Ausschluß des Entmündigungsverfahrens (*Kraepelin*).

Der letzte, früher schon von *Kraepelin* vertretene Standpunkt scheint die Zustimmung des größeren Teiles der Versammlung zu haben. Ich beantrage, dieser Auffassung zuzustimmen und die Vertretung dieser Auffassung der zu wählenden Kommission zu übertragen.

Vocke beantragt Abstimmung über den Vorschlag *Kundts*. Die



Versammlung solle sich über einen der drei folgenden Wege zur Verbesserung des Rechtsschutzes entscheiden:

1. Entscheidung durch freiwillige Gerichtsbarkeit.
2. Fachärztliche Entscheidung.
3. Entscheidung durch Schutzgerichte im Sinne *Kolbs*.

Die Abstimmung über Weg 1 (Entscheidung durch freiwillige Gerichtsbarkeit) ergibt überwiegende Mehrheit dafür, damit gelten die zwei anderen Wege als abgelehnt.

IV. Organisation des ärztlichen Dienstes in und außerhalb der Anstalt.

Vocke ist der Ansicht, daß die Ausarbeitung dieses Punktes durch eine Kommission zu geschehen habe, welcher auch der Standesverein anzugehören habe. Die Kommission solle die Sache prüfen, vielleicht auch eine Art Mustersatzung ausfertigen.

Kraepelin betont die Notwendigkeit einer rein kollegialen Verfassung der ärztlichen Leitung großer Anstalten. Der Landespsychiater soll nicht Vertreter des Ministeriums gegenüber den Anstaltsleitern sein, sondern Vertrauensmann der Anstaltsdirektoren gegenüber der Regierung.

Papst-Eglfing regt an, die ganze Angelegenheit ausschließlich dem bayerischen Standesverein der Anstaltsärzte zu überweisen, und wünscht die Zuziehung *Kraepelins* zu den Beratungen.

Kraepelin lehnt diese Zuziehung dankend ab.

Rehm ist der Ansicht, daß die Frage des Kreis- und Landespsychiaters heute schon beraten werden müsse; die Anstellung von Vorgesetzten als Kreis- bzw. Landespsychiater solle abgelehnt werden.

Vocke entledigt sich eines Auftrages des Referenten am Ministerium, Geheimrats Dr. *Dieudonné*, der sich unbedingt gegen die Schaffung eines Landespsychiaters im Hauptamt wenden werde. Die Schaffung eines solchen Postens sei zurzeit ganz aussichtslos.

Kolb gibt nähere Erläuterungen seiner Absichten hinsichtlich Schaffung eines Kreis- und Landesirrenarztes.

Kundt beantragt die Trennung der Fragen der inneren Organisation und der äußeren. Für die innere Organisation kann die Vertretung des Standesvereins die Ausarbeitung der Vorschläge, Dienstanweisungen usw. übernehmen. Die Frage der äußeren Organisation wird am besten von der zu wählenden Kommission bearbeitet.

Die Abstimmung ergibt das Einverständnis der Versammlung mit den Vorschlägen *Kundts*. Hierauf schlägt *Vocke* vor, die Wahl der Kommission vorzunehmen.

Die Majorität der Versammlung spricht sich für die Wahl einer Kommission aus.

Kolb schlägt vor, in die Kommission zu wählen je einen Vertrauensmann der Anstaltsdirektoren, des wissenschaftlichen Vereins und des



Standesvereins; ferner je einen Vertreter der Privatanstalten, der Privatirrenärzte und der Ober- und Anstaltsärzte in Fragen, welche eine dieser Kategorien betreffen.

Vocke wünscht die Zuziehung eines Vertreters aus den klinischen Kreisen.

Die Diskussion ist beendet, die Referenten verzichten auf ein Schlußwort.

Nach den Vorschlägen *Vockes* werden durch die Versammlung in die Kommission gewählt die Herren *Kraepelin*, *Vocke*, *Rehm*, *Kolb*, *Oppermann* und *Entres*, die Ausarbeitung eines Programms für die künftige Organisation des Dienstes in der Anstalt wird dem Standesverein der Anstaltsärzte übertragen.

Der Vorsitzende dankt den Referenten, den Vortragenden und dem Hausherrn der Klinik und schließt hierauf die Versammlung.

Brandl-Haar.



Kleinere Mitteilungen.

Deutscher Verein für Psychiatrie. — Kassenabschluß für das Rechnungsjahr 1919.

A. Kassenbestand aus dem Jahre 1918 (vgl. Allg. Zeitschr. Bd. 75, S. 634)		M. 23 600,45
B. Einnahmen:		
a) Mitgliederbeiträge zu 5 M.		
12 nachträglich aus 1917	M. 60,—	
20 „ „ 1918	„ 100,—	
537 für 1919	„ 2685,72	
7 schon für 1920	„ 35,—	2880,72
b) Zinsen		
von Wertpapieren	M. 840,—	
von Depositen und Bankgeldern	„ 50,25	890,25
c) Zuviel gezahlt (und wieder erstattet)		8,19
Zusammen Bestand und Einnahme		27379,61
C. Ausgaben. Für Geschäfte des Vorstandes:		
Fahrkosten zur Vorstandssitzung	M. 135,20	
Auslagen des Schriftführers	„ 109,40	
Kosten der Kassenführung (Bankspesen, Porti, Drucksachen)	„ 169,82	
Zu viel gezahlt und wieder erstattet	„ 8,19	422,61
bleibt Bestand		26 957,—
und zwar Wertpapiere, Ankaufswert		22 297,20
(Der Kurswert der Papiere ist um rund 4000 M. gesunken) und Bankguthaben		4 659,80
sind wie vor		26 957,—

Stettin, den 7. April 1920.

Der Schatzmeister: Dr. *Siemens*.

Die Heinrich Laehr-Stiftung hat im Rechnungsjahr 1. 4. 1919 bis 1. 4. 1920 Herrn Professor Dr. *Ißerlin*-München zur Fortsetzung seiner psychologisch-phonetischen Untersuchungen 1200 M. überwiesen. Das Vermögen der Stiftung setzte sich am 1. 4. 1920 zusammen aus

5 000	M.	3%	preuß. Konsols	alles ist der Darlehnskasse Berlin verpfändet; die Konsols sind im Staats-, 202 500 Mark 5% Kriegsanleihen im Reichsschuldbuch eingetragen
100 000	,,	3½%	,, ,,	
37 000	,,	4%	,, ,,	
309 000	,,	5%	Kriegsanleihen	
63 000	,,	4½%	,,	
2502,05	,,	Guthaben bei der Darmstädter Bank.		

Demgegenüber standen 342 240 M. Schulden an die Darlehnskasse Berlin, während die dieser verpfändeten Wertpapiere infolge des Kursrückganges nur noch einen Beleihungswert von 303 640 M. haben. Die Stiftung ist daher von jetzt ab voraussichtlich auf lange Zeit gezwungen, alle Einnahmen zur Abtragung der Schuldenlast zu verwenden.

Der Minister für Volkswohlfahrt ordnet unter dem 27. Januar 1920 an, daß die bisher meist nicht besichtigten Provinzialkrankenanstalten (Provinzial-Irrenanstalten, Provinzial-Hebammenlehranstalten) jetzt von den Kreisärzten zu besichtigen sind. Bei der Inspektion der Provinzial-Irrenanstalten ist ein Psychiater von Ruf als besonderer Sachverständiger heranzuziehen. Begründet wird dieser Erlaß mit dem Hinweis, daß nicht nur alle kommunalen Krankenhäuser der Beaufsichtigung durch die Kreisärzte unterworfen sind, sondern daß auch eine Kontrolle der Universitätskliniken nach einer mit dem Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung getroffenen Vereinbarung geplant ist (D. med. Wschr. 1920, S. 359).

Einer statistischen Übersicht über die in den preußischen Irrenanstalten untergebrachten Geisteskranken ist zu entnehmen, daß die Zahl der Geisteskranken in den Anstalten von 108 721 im Jahre 1907 auf 137 978 im Jahre 1913 gestiegen ist, von da ab wieder eine sinkende Tendenz aufweist und für 1916 129 242 beträgt. Die Verminderung ist z. T. durch die wesentliche Verringerung der wegen Alkoholismus in Anstaltbehandlung verbrachten Fälle zu erklären. Die Zahl der wegen Alkoholismus zugegangenen Fälle betrug 1913 5444, 1916 nur 1401. (Bekanntlich ist auch die Zahl der Deliranten im Kriege außerordentlich herabgegangen und von 913 vor dem Kriege auf 148 gefallen.) Ferner ist ein starker Abgang durch Tod feststellbar. Während 1913 8293 der Anstaltbehandelten starben, ging 1916 fast die doppelte Zahl (15 064) durch Tod ab, was zweifellos schon eine Folge der Hungerblockade darstellt. Bemerkenswerterweise haben aber 1916 auch die Zugänge an paralytischer Seelenstörung, Imbezillität

und Epilepsie eine sogar nicht unbeträchtliche Abnahme gegen 1913 aufzuweisen. Nur bei den Frauen ist die Zahl der Zugänge an einfacher Seelenstörung von 12 119 (1913) auf 12 554 (1916) gestiegen (D. med. Wschr. 1920, S. 359).

Entscheidung des Bundesamts für das Heimatwesen vom 20. 9. 19 in Sachen des Landarmenverbandes Wiesbaden gegen den Landarmenverband Mannheim (Unterst.-Wohns.-G. § 28). — Das Bundesamt für das Heimatwesen hat in ständiger Rechtsprechung daran festgehalten, daß eine armenrechtliche Verpflichtung eines (preußischen) Landarmenverbandes, für Geisteskranke auf Grund der Novelle zum Pr.-A.-G. vom 11. Juli 1891 zu sorgen, nicht besteht, wenn die Bewahrung nicht im eigenen Interesse des Geisteskranken, sondern ausschließlich im Interesse der öffentlichen Sicherheit erforderlich ist. Denn durch das erwähnte Gesetz sind den Landarmenverbänden keine über die öffentliche Armenpflege nach den allgemeinen Grundsätzen des preußischen Armenrechts hinausgehenden Aufgaben zugewiesen worden. Die Verpflichtung der Landarmenverbände zur Gewährung von Anstaltspflege tritt aber nur ein, wenn der Geisteskranke dieser Pflege zu seiner Bewahrung oder Erholung, zu seinem Schutze gegen ihm außerhalb der Anstalt drohende Gefahren bedarf, nicht aber, wenn der Schutz anderer Personen gegen Ausschreitungen des Geisteskranken, wenn die öffentliche Sicherheit die Unterbringung des Kranken in einer Anstalt erfordert. Bei einem Geisteskranken, der durch seine Krankheit nicht gehindert war, außerhalb der Anstalt seinen Unterhalt zu erwerben, und nur im Interesse der öffentlichen Sicherheit in einer Anstalt untergebracht wird, liegt daher kein Akt der Armenpflege, sondern eine im scherheitspolizeilichen Interesse gebotene Maßnahme vor (vgl. *Krech-Baath*, UWG., Anm. 32 zu § 28, Anm. 8 zu § 32a UWG., über die abweichende Auffassung des preußischen Oberverwaltungsgerichts vgl. *Krech-Baath* a. a. O., Fußnote ** auf S. 129 zu Anm. 32, § 28; ferner ausführlich die Schrift von Dr. *Hoffarth*, die gemeingefährlichen Geisteskranken, im Verlage von Berger, Staßfurt).

Rechtsgrundsätze des Badischen Verwaltungsgerichtshofs. (Aus der Zeitschr. f. badische Verwaltung und Verwaltungsrechtspflege Nr. 21 u. 22f.) — 1. Begriff der Geisteskrankheit im Sinne des § 1 des Irrenfürsorge-Gesetzes: Die über den Geisteszustand des Klägers abgegebenen ärztlichen Äußerungen stimmen in dem einen Punkte im wesentlichen überein, daß er ein konstitutionell und dauernd geistig abnormer Mensch sei, während sie in der wissenschaftlichen Klassifizierung des Zustandes, in ihrer Schätzung der Wirkung auf die freie Willensbestimmung im Sinne des § 51 des Str.-G.-B. und auf die Geschäftsfähigkeit voneinander abweichen; auf diese Unterscheidung kommt es aber



für den Begriff der Geisteskrankheit nicht an; auch ein Geisteskranker kann geschäftsfähig und für eine bestimmte Straftat strafrechtlich verantwortlich sein.

2. Gefährlichkeit im Sinne des § 5 des Irrenfürsorge-Gesetzes: Dem Geisteskranken, der für sich selbst gefährlich ist oder gegen Leib und Leben seiner Mitmenschen Angriffe unternimmt, wird in § 5 I.-F.-G. derjenige Geisteskranke gleichgestellt, der für das Eigentum gefährlich ist, also auf Grund krankhafter Seelenzustände das Vermögen und den Besitz seiner Mitmenschen schädigt. Auch liegt Gefährlichkeit im Sinne der genannten Gesetzesbestimmung nicht nur dann vor, wenn der Geisteskranke für das Leben Anderer, sondern auch dann, wenn er für die sonstigen Persönlichkeitsgüter, die rechtliche Unversehrtheit, die Ehre, den Frieden seiner Mitmenschen gefährlich ist. Nach den gemachten Erhebungen kann es keinem Zweifel unterliegen, daß der Kläger mit einer krankhaften Neigung zu betrügerischen Handlungen behaftet und als für das Eigentum der Mitmenschen gefährlich anzusehen ist, sobald er sich auf Gebiete begibt, die der Entwicklung dieser Neigung förderlich sind. In diese Lage hat sich der Kläger durch die während seines Aufenthalts in S. begangenen Handlungen versetzt, für die er in den eingeleiteten Strafverfahren nach § 51 Str.-G.-B. nicht verantwortlich gemacht werden konnte. Auch diese Handlungen zeigen, daß der Kläger ein äußerst dehnbares Rechtsgefühl besitzt, seine zweifelhaften geschäftlichen Unternehmungen als von seinem Standpunkte aus erlaubt darzustellen versucht und alle Schuld an den sich daraus ergebenden rechtlichen Zusammenstößen auf seine Opfer schiebt, die durch ihre unbegründeten vorzeitigen Einsprüche und Beanstandungen selbst die Schuld an der Nichterfüllung seiner Verbindlichkeiten trügen. Wenn das Bezirksamt bei Beurteilung dieser Vorgänge in ihrem Zusammenhalt zu der Auffassung kam, daß dem gefährlichen Treiben des geisteskranken Klägers durch seine Unterbringung in einer öffentlichen Irrenanstalt ein Ziel gesetzt werden müsse, und hiernach gegen den Kläger die Anordnung nach § 5 I.-F.-G. traf, so kann in diesem Vorgehen eine Verletzung des Gesetzes nicht erblickt werden. (10. 7. 18, Nr. 1390. A. W. in S. gegen Staatsverwaltungsbehörde [Bezirksamt K.], Unterbringung in einer Irrenanstalt.)

In Wien ist ein Verein für angewandte Psychopathologie und Psychologie unter dem Vorsitz von Prof. Dr. *E. Stransky* gegründet worden. Sein Zweck ist das Studium der Anwendung psychopathologischer und wissenschaftlich-psychologischer Erfahrungen auf das praktische und Gesellschaftsleben, auf Kulturforschung und Geschichte. In der 1. Sitzung am 4. 2. 20 sprach der Soziologe *G. Roffenstein* „zur Psychologie und Psychopathologie der Gegenwartsgeschichte“, in der 2. Prof. *Stransky* „zur Psychologie und Psychopathologie des Deutschenhasses“.



Zur Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Hamburg am 27. und 28. Mai 1920 (s. Heft 1, S. 132) sind noch folgende Vorträge angemeldet:

2. *E. Schultze*-Göttingen: Irrenrechtliche Fragen.
3. *Wattenberg*-Lübeck: Die Benennung unsrer Heilanstalten, eine Gegenwartsfrage.
4. *Schroeder*-Greifswald: Degeneratives Irresein u. Degenerationspsychosen.
5. *Nießl v. Mayendorf*-Leipzig: Projektionsfaserung und Stammstrahlung (mit Lichtbildern).
6. *K. Thoden van Velzen*-Joachimstal: Das Gedächtnis.
7. *Mühlens*-Hamburg (a. G.) und *Weygandt*-Hamburg: Zur Behandlung der Paralyse.
8. *Jakob*-Hamburg: Hirnpathologische Demonstrationen aus dem Luesgebiet.
9. *Kafka*-Hamburg: Serologische Demonstrationen aus dem Luesgebiet.
10. *Josephy*-Hamburg: Zur Anatomie und Physiologie der Hypophyse und Epiphyse.
11. *Meggendorfer*-Hamburg: Über den Ablauf der Paralyse.
12. *Hoppe*-Rinteln: Die religiöse Frage und die Psychopathologie.
13. *Rittershaus*-Hamburg: Psychogene Faktoren in der Ätiologie des manisch-depressiven Irreseins.
14. *L. W. Weber*-Chemnitz: Die Neuorganisation der städtischen Nervenheilanstalt in Chemnitz.
15. *M. Fischer*-Wiesloch: Das Wahlrecht der Geisteskranken.
16. *H. Fischer*-Gießen: Beitrag zur tierexperimentellen Forschung in der Psychiatrie.
17. *J. H. Schulz*-Weißer Hirsch: Über Altersgruppen bei psychologischen Leistungen Nervöser.
18. *Frieda Reichmann*-Weißer Hirsch: Über Haltlosigkeit bei Psychopathen.
19. *E. Meyer*-Königsberg: Zur Frage des künstlichen Abortes bei Geistes- und Nervenkranken.
20. *Bischoff*-Hamburg: Über Verleitung und Anleitung zur Simulation von Geisteskranken (mit kinematographischer Vorführung).

Personalnachrichten.

Dr. *C. Rudolf Günther*, Geh. Med.-Rat, Direktor der Landesanstalt Hubertusburg, ist am am 1. Januar 1920 in den Ruhestand getreten. Als sein Nachfolger hat

Dr. *Paul F. Roßbach*, Med.-Rat, die Leitung der Anstalt übernommen.

Dr. *Hans Havemann*, San.-Rat, bisher Oberarzt in Tapiau, ist zum Direktor der Provinzialanstalt für Schwachsinnige in Rastenburg (O.-Pr.) ernannt worden.

Dr. *Wilh. Falkenberg*, San.-Rat, bisher zur Leitung der Anstalt in Buch ausersehen, hat nun doch die Leitung von Herzberge übernommen, und

Dr. *Rich. Werner*, San.-Rat, bisheriger Oberarzt, ist Direktor der Anstalt in Buch geworden,

Dr. *Hans Koch*, Oberarzt in Schussenried, ist mit der Leitung der Dr. *Flamm*schen Heilanstalt in Pfullingen betraut worden.

Dr. *Mor. Muermann*, San.-Rat, wurde als Oberarzt von Aplerbeck nach Eickelborn versetzt.

Dr. *Marburg*, Prof. in Wien, ist als Nachfolger von Prof. *Obersteiner* Vorsteher des neurologischen Instituts der Universität geworden.

Dr. *Otfr. Förster*, o. Hon.-Prof. in Breslau, erhielt einen Ruf für Neuropathologie nach Heidelberg als Nachfolger von Prof. *Joh. Hoffmann*.

Dr. *Steiner*, Priv.-Doz. und Leiter des pathol.-anat. Laboratoriums der psychiatrischen Klinik in Heidelberg, ist zum ao. Professor,

Dr. *W. v. Speyr*, Direktor der kantonalen Heilanstalt Waldau, zum o. Professor der Universität Bern ernannt worden.

Dr. *Pfeifer* in Leipzig hat sich für Psychiatrie habilitiert.

Dr. *Eduard Dingel*, San.-Rat, bis zum Verlust Elsaß-Lothringens Direktor der Landesanstalt Saargemünd, ist nach längerem Leiden am 3. Februar 1920 in Ammendorf bei Halle gestorben.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

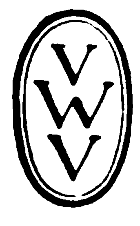
BLEULER ZÜRICH **BONHOEFFER** BERLIN **FISCHER** WIESLOCH **KLEIST** ROSTOCK **MERCKLIN** TREPTOW A.R. **PERETTI** GRAFENBERG **STRANSKY** WIEN

DURCH

HANS LAEHR
WERNIGERODE, ORGANISTENSTR. 1

SECHSUNDSIEBZIGSTER BAND
DRITTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 13. SEPTEMBER



BERLIN UND LEIPZIG
VEREINIGUNG WISSENSCHAFTLICHER VERLEGER
WALTER DE GRUYTER & Co.
VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGS-
BUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.

1920

Preis des Bandes von 8 Heften (6 Hefte Originalien und 2 Hefte Literaturbericht) 40 Mark.

Ein Beitrag zur Kenntnis der psychischen Störungen nach Kohlenoxyd-Vergiftung[1]).

(Zwei Fälle von Leuchtgas-Vergiftung.)

Von **H. Breitung**, Assistenzarzt.

Wenn man die Literatur über die psychischen Störungen nach CO-Vergiftung durchsieht, muß man zu dem Schlusse kommen, daß die Prognose dieser Erkrankung stets ungünstig zu stellen ist. Denn die Kasuistik weist nur ganz vereinzelte Fälle auf, die einen in bezug auf die Wiederherstellung günstigen Verlauf nahmen. Man findet unter den bis zum Jahre 1904 veröffentlichten Fällen von echten Psychosen nach CO-Vergiftung — es handelt sich um 25 —, die von *Sibelius* in seiner für das Studium dieser Erkrankung grundlegend gewordenen Arbeit zusammengestellt worden sind, nur drei, bei denen man von einem Ausgang in Heilung sprechen kann.

Auch unter den in späteren Arbeiten veröffentlichten Fällen findet man keine, die Anhaltspunkte dafür bieten, die Prognose etwas besser stellen zu können. Gegenüber den früheren Fällen fällt nur auf, daß viel weniger mit letalem Ausgang darunter sind.

Einen günstigen Verlauf zeigt nur einer der nach Erscheinen der *Sibelius*schen Arbeit geschilderten Krankheitsfälle, der von *Schulz* beschriebene Fall von Korsakoffschem Syndrom nach CO-Vergiftung. Die beiden berühmten Beispiele von *Stierlein*, Fall Vion und Baroni, sind stabil bleibende Demenzen. Die anderen Fälle der Autoren sind keine echten Psychosen, gehören vielmehr der dritten von *Sibelius* aufgestellten Form, den psychopathischen Konstitutionen an, zeigen aber jedenfalls keine vollständige Heilung. *Giese* beschreibt zwei Kranke, die beide nach einer CO-Vergiftung eine zwar regressive Demenz davontragen, bei denen

[1]) Aus der Landes-Irren-Heil- u. Pflegeanstalt Roda S.-A. (Direkt. Geh. Medizinalrat Dr. *Schäfer*).



es aber gleichfalls zu einer restitutio ad integrum nicht kommt. *Westphals* Fälle sind zwei stabile Demenzen. *Riese* bringt die Krankheitsgeschichte eines Patienten, bei dem es sich jedenfalls um eine stabil bleibende Demenz handelt. Und von dem letzten, von *Schultze* mitgeteilten Falle, bei dem die Psychose nach $2^1/_4$ Jahren noch unverändert fortbesteht, kann man wohl gleichfalls sagen, daß er der stabil bleibenden Demenzform angehört.

Ob wirklich die nach CO-Vergiftung auftretenden Geistesstörungen so selten in Heilung übergehen, oder ob es ein Zufall ist, daß so außerordentlich wenige günstig verlaufende Fälle in der Literatur Aufnahme gefunden haben, bleibe dahingestellt. Man kann nach den bisherigen Erfahrungen nicht umhin, die Prognose ungünstig zu stellen. Abgesehen davon, daß das Material anders geartet sein müßte, um hieran etwas zu ändern, wäre vor allem noch eine erhebliche Bereicherung der Kasuistik notwendig, um Endgültiges über den Ausgang unserer Intoxikationspsychose zu sagen. Was *Sibelius* in seiner Arbeit betreffs der Prognose sagt, hat noch immer Geltung: „Prozentualische Daten mit Hinweis auf Heilung wären bei der jetzigen Kleinheit des verwertbaren kasuistischen Materials wertlos."

Ohne, wie gesagt, von diesem Standpunkte abweichen zu wollen, möchte ich nun der Kasuistik zwei Fälle hinzufügen, die mir insofern eine wertvolle Ergänzung darzustellen scheinen, als sie die zur Abheilung gekommenen, nach CO-Vergiftung entstandenen Psychosen vermehren.

Beide sind psychische Erkrankungen, die im Anschluß an eine Leuchtgasvergiftung auftraten.

Bevor ich die Krankheitsgeschichten anführe, noch einige Worte darüber, ob wir berechtigt sind, die Vergiftung durch Leuchtgas als CO-Intoxikation noch heute aufzufassen.

Unter den von *Sibelius* gesammelten Fällen befanden sich solche von Vergiftung durch Kohlendunst, Leuchtgas, Minengas, Wassergas, Rauch usw. Es sind das alles Gasgemische, welche in bezug auf ihren CO-Gehalt einerseits und bezüglich ihrer sonstigen Bestandteile mehr oder weniger voneinander abweichen. Unter den nach Erscheinen der *Sibelius*schen Abhandlung veröffentlichten Fällen befinden sich solche von Kohlendunst, Wassergas, Gichtgas und Minengasen, welch letztere ihre Entstehung Explosionen von Sprengstoffen verdanken. Es handelte sich also um dieselben Gasgemische, wie in der von obengenanntem Ver-



fasser gesammelten Kasuistik. Auffallend ist übrigens das Fehlen der Leuchtgas-Vergiftung als Ursache von Psychosen im neueren Material, was man in Anbetracht des ausgedehnten Gebrauchs desselben nicht erwarten sollte. Deshalb glaube ich, daß meine Fälle, da sie durch Leuchtgas-Vergiftung entstanden, eine willkommene Ergänzung der Sammlung von CO-Vergiftungen bieten.

Sibelius schickte seinen klinischen Untersuchungen eine Erörterung voraus darüber, ob es angängig sei, Vergiftungen durch eines dieser Gasgemische als Kohlenoxyd-Vergiftung anzusehen, wie es bis dahin geschehen ist, und fragt: „Sind wir berechtigt, bei der folgenden Sichtung der nach Kohlendunst- und Leuchtgas-Intoxikationen entstehenden psychischen Störungen in derselben traditionellen Weise fortzufahren?" Denn es liegt ja selbstverständlich nahe, die voneinander abweichenden Folgeerscheinungen solcher Vergiftungen der Wirkung noch anderer beteiligter Faktoren neben dem Kohlenoxyd zuzuschreiben.

Nach Durchsicht der Literatur über die Differentialdiagnose zwischen Leuchtgas- und Kohlendunst-Vergiftung auf Grund von Sektionsbefunden und mikroskopischen Untersuchungen des Sektionsmaterials stellt *Sibelius* fest, daß keine pathognomonischen Unterschiede vorhanden sind. Er fügt allerdings hinzu: „Die mikroskopischen Untersuchungen, welche jetzt schon nicht wenige Einzeluntersuchungen umfassen, zielen ihrerseits nicht auf die Frage hin, ob ein eventueller Unterschied zwischen Kohlendunst- und Leuchtgas-Intoxikationen besteht." Und fährt fort: „Daß auf Grund derselben keine verwertbaren Unterschiede zwischen den durch Kohlendunst- und den durch Leuchtgas-Vergiftungen hervorgerufenen anatomischen Veränderungen sicher nachzuweisen sind."

Im weiteren führt er die Beobachtungen bei den toxikologischen Experimenten auf und stellt die Untersuchungen von *Wahlen* und *Ferchland* in den Vordergrund, durch welche die größere Giftigkeit des Leuchtgases gegenüber den anderen CO enthaltenden Gasgemischen festgestellt wurde. Er mißt aber diesen Befunden nicht die Bedeutung zu, die die Resultate der Untersuchungen von *Eulenburg*, *Jaksch* und *Sachs* für unsere Betrachtung der nach den Vergiftungen entstehenden psychischen Störungen haben könnten. Diese drei Autoren versuchten nachzuweisen, daß bei Menschen die Vergiftungs-Symptome am Zentralnervensystem und die übrigen Folgeerscheinungen der Kohlendunst-Intoxikation einerseits und Leuchtgas-Vergiftung andererseits gewisse eigenartige Züge aufweisen. *Eulenburg* meint, es fehle bei Leuchtgas-Vergiftung die zerebrale Reizung und psychische Erregung, welche bei anderen CO enthaltenden Gasen häufig ist und wahrscheinlich dem CO_2 zuzuschreiben sei. *Sachs* äußert sich in ähnlichem Sinne. Auch er schreibt besonders der Kohlensäure die Wirkung zu, Aufregungszustände hervorzurufen. *Jaksch* glaubt, daß vor allem bei der Leuchtgas-Vergiftung bestimmte nervöse Symptome auffallen, wie Trismus, klonische, häufiger tonische



Krämpfe der Extremitäten und Anästhesien. Auf Grund dieser Beobachtungen meint *Sibelius* nicht a priori die Möglichkeit leugnen zu dürfen, „daß klinische Unterschiede zwischen den psychischen Störungen nach Kohlendunst- und denjenigen nach Leuchtgas-Vergiftung vorhanden sein könnten“. Er prüft daraufhin sein Material und kommt zu dem Ergebnis: „daß wir nämlich sowohl nach Kohlendunst- als nach Leuchtgas-Intoxikationen unter den mehr oder weniger lange dauernden psychischen Krankheitsbildern dieselben Haupttypen finden“.

Giese, der Verfasser der nächsten, sechs Jahre nach der *Sibelius*-schen Untersuchung erschienenen Arbeit, die eine Zusammenfassung des neu bekanntgewordenen Materials bietet, ist, obwohl er eine Übersicht über die verschiedenen CO enthaltenden Gasgemische und ihre Wirkungen bietet, nicht auf die spezielle Frage eingegangen, ob wir alle die schon genannten Gasvergiftungen schlechtweg als Kohlenoxyd-Vergiftungen ansprechen dürfen, oder ob nicht vielleicht bestimmte nervöse oder psychische Symptome anderen chemischen Stoffen zur Last gelegt werden müssen. Er fährt in der traditionellen Weise fort, die psychischen Erkrankungen nach Vergiftungen mit Kohlenoxyd enthaltenden Gasen in ihrer Gesamtheit als CO-Intoxikationspsychosen seinen Betrachtungen zugrunde zu legen. Und er tut es mit Recht. Auch aus seinem Material ergibt sich keine Veranlassung, von diesem Wege abzuweichen. Das Bild der Nachkrankheiten nach CO-Vergiftung, sagt *Giese* selbst einmal, und er meint Vergiftung durch ein CO enthaltendes Gasgemisch, kann so bunt sein, daß man an die verschiedensten Erkrankungen erinnert wird. Eine Ordnung dahinein zu bringen, indem man die Krankheitsfälle z. B. nach den sie verschuldenden Leuchtgas- oder Kohlendunst-Vergiftungen sondert, gelingt nicht.

Ebenso liegt es mit dem neuesten, mir bekannt gewordenen Material. Da, wie oben schon gesagt wurde, die Leuchtgas-Vergiftung als ätiologischer Faktor hier gänzlich fehlt, abgesehen von den beiden Fällen, über die ich erst berichten möchte, ist ein Herausschälen der nach Leuchtgas-Intoxikationen entstandenen psychischen Störungen auf Grund ihrer möglicherweise doch besonderen Symptomatologie gar nicht möglich. Außerdem ist diese neue Kasuistik auch noch längst nicht reichhaltig genug, um z. B. den Versuch rechtfertigen zu können, die Bilder von Krankheitsfällen nach Vergiftungen mit verschiedenen anderen Gasgemischen verallgemeinernd zu trennen.

Wir sind demnach genötigt, in der bisher üblichen Weise fortzufahren und geistige, nach Leuchtgas-Vergiftung auftretende Störungen als CO-Psychosen schlechtweg zu betrachten, auf die Gefahr hin, vielleicht einen anderen ätiologischen Faktor neben dem CO dabei noch zu übersehen. Diese Gefahr ist allerdings nicht groß. Wie schon *Sibelius* nachgewiesen hat, findet man bei



allen Psychosen nach Vergiftung mit CO enthaltenden Gasgemischen „dieselben Haupttypen, sowohl betreffs des Verlaufes als der Symptomatologie“. Daran hat auch die neuere Kasuistik nichts geändert. Und da alle Gasgemische, die diese Krankheitsbilder hervorzurufen vermögen, gerade das Kohlenoxyd als besonders giftigen Stoff in mehr oder weniger reichlicher Menge enthalten, ist wohl anzunehmen, daß bei allen diesen Intoxikationen dieser Bestandteil der zum mindesten ausschlaggebende ist, mögen daneben auch noch andere giftige Substanzen auf den Organismus schädigend einwirken.

Ich erinnere, um die ungeheure Giftigkeit des Kohlenoxydes hervorzuheben, an die Feststellnng *Husemanns*, daß dieser Stoff eine Affinität zum Hämoglobin des Blutes besitzt, die 140 mal so groß ist wie die des Sauerstoffes, daß er demnach mit dem Hämoglobin eine chemische Verbindung eingeht, den Sauerstoff verdrängt und auf diese Weise durch Abschneiden genügender Sauerstoffzufuhr die Organe in erster Linie schädigt, welche dieser am ausgiebigsten bedürfen. Es sind das nach *Ehrlich* die graue Substanz der Nervenzentren und der Herzmuskel.

Ich lasse hier die beiden oben bereits angekündigten Krankheitsfälle folgen, um sie dann gemeinsam zu besprechen.

Fall 1. 50jähriger Kaufmann. Aus gesunder Familie stammend. Stets gesund gewesen. Besaß gute geistige Fähigkeiten. War stets solide und führte einen geregelten Lebenswandel. Erlitt auf einer Urlaubsreise in Berlin in der ersten Nacht seines dortigen Aufenthaltes (10./11. 8. 18) in seinem Pensionszimmer eine Gasvergiftung, da er den Gashahn der Lampe nicht vollständig geschlossen hatte. Wurde am Vormittag des nächsten Tages bewußtlos aufgefunden. Dreiviertelstündige Sauerstoffeinatmung. Darauf in die nahe Universitätsklinik gebracht. Soll angeblich 5 Tage ohne Bewußtsein gelegen haben. Erschien dann geistig verändert. Soll nur nach langen Pausen auf Fragen mit ja und nein geantwortet haben. War vollständig unklar und apathisch. Ließ Stuhl und Urin unter sich. Wegen Platzmangels in der Berliner Klinik am 21. 8. 18 in das Krankenhaus seines Heimatortes übergeführt.

Hier wurde folgendes notiert: Fieberfrei, befindet sich in leichtbenommenem Zustand, ohne Orientierung. Gesichtsausdruck apathisch. Schlaf sehr schlecht. Klagt über Leibschmerzen. Leib: o. B. Wurde nach acht Tagen, nachdem der Dämmerzustand sich anfänglich zu bessern schien, plötzlich erregt und zeigte maniakalische Symptome einer sich entwickelnden Psychose. Lief zwecklos im Hemd im Zimmer umher, ver-



unreinigte Bett, Tisch und Stühle oder warf sich im Bett herum, schrie, warf Decken und Kissen durcheinander.

Am 2. 9. hier aufgenommen.

Körperlicher Befund: Sieht vorzeitig gealtert aus, stark ergraut. Temporalarterien vorspringend, schlechter Ernährungszustand. Lungen o. B. Herz o. B. Puls 80, regelmäßig. Abdomen o. B. Nervensystem: Es fehlen Sohlen- und Bauchreflexe. Die übrigen, vor allem Sehnenreflexe, normal. Auf Nadelstiche sehr empfindlich. Gang schlaff, aber nicht unsicher. Kein Romberg. Augenbewegungen frei. Pupillen weit, entrundet. Lichtreaktion fehlt rechts, links eine Spur träger Reaktion. Nervi VIII—XII o. B. Wassermann und Stern im Blut negativ. Wassermann und Nonne-Apelt im Liquor negativ.

Über den psychischen Zustand wurden u. a. folgende Aufzeichnungen gemacht:

3. 9. Benimmt sich ruhig. Ist ganz stumpf, macht einen völlig desorientierten, ängstlich ratlosen Eindruck, scheint sich gar nicht zurechtzufinden. Versagt auf die einfachsten Fragen. Kann über seine Personalien keine Auskunft geben. Vermag auch einfache Gegenstände nicht zu bezeichnen. Kann über die erlittene Gasvergiftung keine Angaben machen. Findet sein Zimmer nicht wieder, wenn er es eben verlassen hat. Findet den Weg zum Klosett nicht wieder. Verrichtet seine Bedürfnisse auf den Fußboden.

11. 9. Einfache Aufforderungen werden befolgt. Auf Fragen meist Verlegenheitsäußerungen oder Bewegungen. Sonst der gleiche Zustand.

11. 10. Ganz unverändert. Geht mit im Garten umher. Kümmert sich um niemanden, schließt sich nicht an. Vernachlässigt sein Äußeres. Noch völlig merkschwach und gänzlich desorientiert.

26. 10. Seit 2—3 Tagen auffallende Besserung. Weiß, wo er sich befindet. Verlangt nach Briefpapier. Ist sauber. Zeigt belebten Gesichtsausdruck. An die Reise nach Berlin und die Gasvergiftung keine Erinnerung. Weiß aber, daß der Arzt ihm hier darüber gesprochen hat.

29. 11. Ständig sauber. Ganz geordnet. Geistig völlig klar. Örtlich und zeitlich vollkommen orientiert. Kennt die Personen seiner Umgebung mit Namen. Schreibt tadellose Briefe an seine Verwandten. Zeigt keine körperlichen Störungen. Die Lichtreaktion der Pupillen wieder normal, desgleichen ihre Form.

Wurde am 23. 12. 1918 als geheilt entlassen.

Fall 2. — 27jähr. Schlosser. Ohne hereditäre Belastung. Bisher gesund. Führte einen geregelten und nüchternen Lebenswandel. Lebte in geordneten Verhältnissen. Erlitt am 5. 11. 18 eine kurz dauernde Leuchtgas-Vergiftung, als er damit beschäftigt war, ein Leuchtgas-Leitungsrohr, das undicht geworden war, auszubessern. Wurde am 6. 11. 18 in das nahe Landkrankenhaus aufgenommen.

Dort ist bei der Aufnahme folgendes notiert worden:

Ernährungs- und Kräftezustand ausreichend. Körpertemperatur nicht erhöht. Puls ziemlich gespannt, aber regelmäßig und nur wenig beschleunigt. An Herz und Lungen nichts Krankhaftes nachzuweisen. Zunge belegt. Bewußtsein stark getrübt.

Über den Krankheitsverlauf wurde später nachstehendes berichtet:

Während der ersten Tage war Pat. stark benommen und äußerst unruhig. Dann wurde er etwas klarer, hatte aber keine Erinnerung an den Hergang der Vergiftung. Nachdem die Besserung ungefähr 8 Tage angehalten hatte, trat eine rasche Verschlimmerung ein. Pat. fiel in vollständige Bewußtlosigkeit, schrie häufig laut auf, verunreinigte sein Bett mit Kot und Urin, nahm nur wenig Nahrung zu sich und schlief trotz Morphininjektionen nur wenige Stunden. Am 25. 11. tritt starke motorische Unruhe ein. Pat. läuft Tag und Nacht im Zimmer umher, zerreißt die Wäsche und die Decken, schreit aber nur noch selten. Die Nahrungsaufnaume ist reichlicher. Auf Fragen gibt er ab und zu kurze und halbwegs klare Antworten. Scheint auch seine ihn besuchende Ehefrau zu erkennen. Noch vollständig unreinlich.

Am 7. 12. hier aufgenommen.

Körperlicher Befund bei der Aufnahme: Mittelgroßer, schlank gebauter, sehr blasser Mann. Schlecht genährt. Gewicht 56 kg. Herz und Lungen o. B. Fazialis symmetrisch innerviert. Zunge wird gerade vorgestreckt. Pupillen etwas weit. Licht- und Konvergenz-Reaktion beiderseits normal. Sehnen- und Hautreflexe erhalten, normal. Wenig empfindlich gegen Schmerzreize. Motilität ungestört.

Über den psychischen Zustand wurden etwa folgende Aufzeichnungen gemacht:

8. 12. Gesichtsausdruck leer. Ist stumpf und interesselos. Nennt seinen Familiennamen. Kann aber sonst keine Angaben über seine Personalien machen. Ist weder zeitlich noch örtlich orientiert. Vorgehaltene Gegenstände (Schlüssel, Uhr, Buch) bezeichnet er nicht.

War nachts unruhig. Wirft sich und wühlt im Bett umher. Verrichtete seine Notdurft vor das Bett, hat gegessen.

9. 12. Auch tagüber äußerst unruhig. Geht immer außer Bett; zerreißt alles.

13. 12. Noch der gleiche Zustand. Wirtschaftet beständig umher. Noch gänzlich unklar. Bezeichnet vorgehaltene Gegenstände falsch. Kann seine Personalien nicht angeben. Ständig unsauber. Ißt nur unter Beihilfe.

20. 12. Seit einigen Tagen Besserung. Läßt sich im Bette halten. Verunreinigt dasselbe nicht mehr. Urinierte aber neben das am Bett stehende Nachtgeschirr auf den Zimmerboden. Ißt allein. Geht mit in den Garten und bewegt sich dort unauffällig. Ist aber noch vollständig unklar.

27. 12. Weitere Besserung. Ist ruhig, fügsam, besorgt sich. Nennt



den Arzt bei seinem Titel. Auffallend ist, daß er seinen letzten Wohnort ganz vergessen hat. Als Wohnort seiner Ehefrau bezeichnet er regelmäßig seine ostpreußische Heimat.

8. 1. 19. Zunehmende geistige Klärung. Weiß jetzt seinen letzten Wohnort anzugeben. Ist zeitlich und örtlich orientiert. Zeigt vollkommen geordnetes Verhalten.

19. 1. 19. Pat. zeigt psychisch nichts Krankhaftes mehr. Es besteht lediglich eine Gedächtnislücke für den Unfall (daß er an die Reparatur des Rohres heranging, weiß er noch) und seine psychische Erkrankung. Es besteht vollkommenes körperliches Wohlbefinden und seelisches Gleichgewicht. Erbittet Entlassung, um seine Arbeit wieder aufnehmen zu können.

Wurde am 21. 1. 19 als geheilt entlassen.

Ich gedenke im folgenden beide Fälle gemeinsam, unter sich und mit Krankheitsbildern aus der Literatur vergleichend, zu besprechen, da sie miteinander eine große Ähnlichkeit, abgesehen von der gemeinsamen Ätiologie, in ihrer Symptomatologie, ihrem Verlauf und Ausgang aufweisen.

Beide psychische Erkrankungen schließen sich an eine Leuchtgas-Vergiftung an. Ich habe oben dargelegt, daß ich sie als CO-Intoxikationspsychosen ansehe. Die Ätiologie ist in beiden Fällen klar. Beide Patienten waren nach Angabe ihrer Angehörigen bis zum Unfall gesund. Beide sind erblich nicht belastet. Ein Suizidversuch beim Fall 1 kann als ausgeschlossen gelten. Das Nichtbekanntsein mit der Lampe in dem Pensionszimmer erklärt leicht den unvollständigen Schluß des Gashahnes. Beide Krankheitsbilder entsprechen solchen als CO-Intoxikationspsychosen schon beschriebenen in vielen Beziehungen, was ihre Zugehörigkeit zu diesen beweist, während sie unter anderen Formen geistiger Störungen sich kaum unterbringen ließen. Auch das plötzliche Einsetzen im Anschluß an den Unfall läßt nicht zweifelhaft erscheinen, daß er die Ursache darstellt.

Im Falle 1 hätte man anfangs daran denken können, daß die Vergiftung vielleicht nur das auslösende Moment war für eine noch nicht in Erscheinung getretene Erkrankung des Zentralnervensystems, nämlich für eine Paralyse. Ich erinnere daran, daß die Pupillen zwar weit, aber entrundet waren, daß die Lichtreaktion rechts fehlte, links nur spurweise und träge vorhanden war, daß der Mann einen vorzeitig gealterten Eindruck machte.

Der Ausfall der spezifischen Blut- und Serumreaktionen bewies, daß diese Vermutung nicht gerechtfertigt war. Heute spricht schließlich auch noch der Ausgang in Heilung dagegen.

Im Falle 2 hätte man vielleicht während der ersten Zeit der Krankheit an eine infolge des Unfalls als auslösenden Moments mit einem gewaltigen Schub einsetzende Dementia praecox denken müssen. Dagegen aber sprachen, nach Schwinden der anfänglichen auf die Vergiftung folgenden Benommenheit, der gänzliche Verlust der Merkfähigkeit und die retrograde Amnesie bei fehlendem Negativismus, fehlender Neigung zu Manieren und Stereotypien.

Schon *Sibelius* und *Giese* machen bei der Besprechung der Differentialdiagnose darauf aufmerksam, daß die Apathie bei den CO-Psychosen sich gleichermaßen auf Intelligenz und Gemüt erstreckt, während doch bei der Dementia praecox gerade die Gedächtnisleistungen im Vergleich zur gemütlichen Verblödung gewöhnlich überraschen.

Die Annahme, daß es sich um keine Dementia praecox handelte, erwies sich schließlich mit dem Ausgange der Krankheit in Heilung als richtig.

Was nun schließlich bei beiden Fällen ganz besonders für die Diagnose CO-Psychose sprach, war das beide Male vorhandene, für eine große Zahl von Kohlenoxyd-Vergiftungen und nur für diese charakteristische Intervall. Diese eigentliche Psychose setzte erst einige Zeit nach der Vergiftung ein. Ein reines Intervall war es indessen bei unsern beiden Kranken nicht. Im Falle 1 tritt es auf den ersten Blick nicht gleich hervor. Deutlicher ist es im Falle 2 zu erkennen. Hier heißt es in der Krankengeschichte, daß nach Abklingen der ersten Erscheinungen nach der Vergiftung, Benommenheit und Unruhe, Patient klarer wurde, und daß diese Besserung etwa 8 Tage anhielt. Plötzlich sei dann eine Verschlimmerung in Form eines Erregungszustandes eingetreten. Auch im Fall 1 setzte plötzlich ein Erregungszustand ein, und zwar etwa 3 Wochen nach der Leuchtgas-Vergiftung. Der Patient, der bis dahin stuporös, apathisch im Bett lag, auf Fragen nur kurz mit ja und nein antwortete, zeigte plötzlich starke motorische Unruhe, lief umher, warf alles durcheinander, schrie. Hier



ist zwar ein Unterschied in der Intensität der Krankheitserscheinungen zu erkennen, eine Besserung aber, ein Abklingen der sich an die Intoxikation anschließenden Symptome war bis zum Auftreten der Verschlimmerung noch nicht deutlich wahrzunehmen gewesen. Es ist die Frage, ob man hier von einem sogenannten Intervall sprechen kann. Ich glaube: ja.

In der von *Sibelius* angeführten Kasuistik finden wir zwei ähnliche Fälle, den von *Rochelt* und den von *Gnauck*. Bei beiden ist ebenfalls das Intervall von Störungen verdeckt. Der letztere vor allem stellt ein Analogon zu meinen Fällen dar, insofern der Kranke nach dem allmählichen Erwachen aus der anfänglichen Bewußtlosigkeit bis zum Beginn der plötzlichen Verschlimmerung etwa dieselben Krankheitserscheinungen zeigte: Eine ungemein große Apathie, traumhafte Benommenheit, stupiden Gesichtsausdruck, Teilnahmlosigkeit, spontane Stuhl- und Harnentleerung. *Sibelius* sagt hierzu folgendes: „In den Fällen von *Gnauck* und *Rochelt* findet man nach dem Aufwachen aus der Bewußtlosigkeit keinen so wesentlichen Rückgang der Krankheitserscheinungen, daß man von Intervallen sprechen könnte. In beiden Fällen finden wir aber später eine deutliche Verschlimmerung der Krankheit. Wir können also in diesen Fällen nicht von anfänglichen freien Intervallen, aber immerhin von Intervallen in Form von anfänglichen Remissionen sprechen. Diese Remission endete in *Gnaucks* Falle etwas mehr als einen Monat nach dem Erwachen aus der initialen Bewußtlosigkeit mit einer akuten Verschlimmerung; in *Rochelts* Fall ca. drei Wochen nach dem Aufwachen; die anfängliche Remission endete hier mit einer mehr allmählich entstehenden Verschlimmerung. In allen diesen Fällen von akuter Demenz können wir also von einer initialen Remission resp. Intervall sprechen, nach welchem die Krankheit zu einer gewissen Höhe steigt, um wieder abzuklingen. Diese initiale Remission kann von verschiedener Tiefe sein: sie kann einen beinahe normalen, freien Zustand erreichen oder noch erhebliche Krankheitserscheinungen darbieten."

Hieraus geht hervor, daß *Sibelius* nur angedeutete, anfängliche Besserungen im Krankheitszustand oder gleichmäßigen Verlauf vom Unfall bis zu einer plötzlich beginnenden, deutlichen, einige Zeit anhaltenden Verschlimmerung als Intervall auffaßt. Daß es in solchen Fällen als wirkliches freies Intervall nicht in Erscheinung tritt, erklärt er mit der Schwere der voraufgegangenen CO-Vergiftung. Wie er an anderer Stelle seiner Abhandlung auseinandersetzt, müssen wir annehmen, daß die eigentlichen Nachkrankheiten nach CO-Intoxikation, also auch unsere Psychosen, von Gewebsveränderungen abhängen, welche eine gewisse Zeit zu ihrer Entwicklung brauchen („Wahrscheinlich bilden Gefäßalterationen das Bindeglied zwischen der Vergiftung und der Nachkrank-



heit"). Sind nun, so meint er, die initialen, allgemeinen Rindenstörungen, die die erste direkte Folge der Intoxikationen darstellen, sehr intensive, was sich vor allem durch lange andauernde Bewußtlosigkeit zu erkennen geben würde, „so ist es begreiflich, daß diese so schweren Initialerscheinungen erst langsam abklingen können und so die Zeit bis zum Auftreten der Nacherkrankung mehr oder weniger ausfüllen. Wenn aber das Abklingen der unmittelbaren Störungen ihrer geringen Intensität wegen schneller vor sich geht, so bekommen wir ein freies Intervall vor dem Ausbruch der Nacherkrankung". In dieser Weise erklärt er das nur als Remission sich darstellende, von den persistierenden initialen Vergiftungserscheinungen sozusagen überlagerte Intervall in den Fällen *Gnauck* und *Rochelt*. Daß deren Patienten schwere Vergiftungen erlitten hatten, geht aus der Dauer der Bewußtlosigkeit hervor: Im Falle *Rochelt* dauerte sie drei Tage, im Falle *Gnauck* sechs Tage.

In gleicher Weise möchte ich das scheinbare Fehlen eines Intervalls in meinem Falle 1 erklären. Daß hier eine schwere CO-Vergiftung vorlag, beweist die 5 Tage dauernde Bewußtlosigkeit. Daß ein Abklingen der initialen Erscheinungen hier bis zum Einsetzen der lediglich als Verschlimmerung imponierenden psychischen Nacherkrankungen nicht zu konstantieren war, ist infolgedessen nicht erstaunlich.

Im Falle 2 fehlen leider Angaben über die Dauer der anfänglichen Bewußtlosigkeit. Sie kann aber einen Tag nicht überdauert haben, denn in den Notizen aus dem Krankenhaus, in das der Patient am Tage nach dem Unfall überführt wurde, ist nur von stark getrübtem Bewußtsein die Rede. Demnach dürfte die Vergiftung eine nicht sehr schwere gewesen sein. In der Tat soll bei diesem Patienten ja auch vor Eintritt der plötzlichen Verschlimmerung bereits eine Besserung des Zustandes sich bemerkbar gemacht haben. Daß diese über eine sogenannte Remission nicht hinauskam und nicht zu einem freien Intervall führte, erklärt sich wahrscheinlich aus der hier früher einsetzenden Nacherkrankung, die bereits etwa 8 Tage nach dem Erwachen aus der Bewußtlosigkeit ihren Anfang nahm. Vielleicht hat hier auch eine geringere Widerstandsfähigkeit des Organismus mitgesprochen. Patient sah schwächlich aus, und sein Ernährungszustand war kein guter. Es wäre denkbar, daß aus diesem Grunde eine verhältnismäßig leichte Vergiftung erheblichere anhaltende Anfangserscheinungen und ein frühes Einsetzen von Gewebsverände-



rungen, als deren unmittelbare Folge die Nachkrankheit anzusehen ist, bewirkt hat.

Es soll hier aber auch noch eine andere Möglichkeit Erwähnung finden, weshalb in diesem Falle gerade bei einem jungen Menschen so frühzeitig die intervalläre Nacherkrankung, die aller Wahrscheinlichkeit nach doch Gefäßveränderungen zuzuschreiben ist, ausbrach. *Sibelius* weist darauf hin, daß die Vermutung, in den Fällen von intervallären Nachkrankheiten müßten „die Gefäße bereits in der Zeit vor der Vergiftung durch irgendwelche Prozesse weniger widerstandsfähig gewesen sein“, in dem von ihm zusammengetragenen Material eine gewisse Bestätigung darin findet, daß die meisten schweren Psychosen intervallärer Form bei alten Personen (über 45 Jahre) auftraten, und daß die paar Male, wo es sich um gesunde Leute in jüngeren Jahren handelte, der Vergiftungsmodus ein besonderer war. Daß in solchen Fällen nämlich die Einwirkung des Gasgemisches sehr kurz, die Konzentration desselben aber eine sehr hohe gewesen sei. Er erinnert an seinen Fall 1, wo ein 20jähriger gesunder Arbeiter 5 Minuten Kohlendunst innerhalb einer Zisterne, und an *Finkelsteins* Fall, wo ein Arbeiter von 24 Jahren 10 Minuten in einer Gasglocke der Einwirkung von „Gas pauvre“ ausgesetzt waren. Ich glaube, daß auch in dem von mir angeführten Falle 2 die Dinge ähnlich gelegen haben. Ein mit dem Patienten im gleichen Fabrikraume arbeitender Kollege soll den Raum nur kurz verlassen haben. Während dieser kleinen Spanne Zeit ist das Unglück geschehen. Und zwar hat Patient vermutlich das Gas, das ihm aus den Defekten des Rohres entgegenströmte, in höchster Konzentration eingeatmet. Es dürfte also vielleicht die zweite Hälfte des von *Sibelius* aufgestellten Satzes eine Bestätigung finden, „daß bei den CO-Vergiftungen zum Zustandekommen von schweren zerebralen intervallären Nacherkrankungen sowohl endogene Momente (durch Alter herabgesetzte Widerstandsfähigkeit der Gefäße) als exogene (die CO-Konzentrations-Verhältnisse des Gasgemisches) eine wichtige Rolle spielen“.

Belege für Erschöpfung, die *Stierlein* als ätiologischen Faktor neben dem Kohlenoxyd für die Entstehung der meisten CO-Psychosen fordert, sind aus meinen beiden Krankheitsgeschichten nicht abzuleiten.

rungen und Kenntnisse des früheren Lebens. Patient konnte keine Angaben über seinen Lebenslauf und seine Person machen, versagte auf die einfachsten Fragen, war nicht mehr imstande, Gegenstände zu bezeichnen oder zu gebrauchen. Er hatte so ziemlich alles vergessen und verlernt. Er war nur noch eben fähig, einfachen Aufforderungen nachzukommen oder Verlegenheitsbewegungen zu machen, was beweist, daß er die an ihn gestellten Fragen verstand. Drittens zeigte sich die anterograde Gedächtnisstörung in der Unfähigkeit, neue Eindrücke festzuhalten. Der Kranke findet das eben verlassene Zimmer nicht wieder, usw. Er ist infolgedessen örtlich und zeitlich desorientiert, rat- und hilflos.

Es ist ein Krankheitsbild, das an die beiden Beispiele von *Westphal* und den von *Stierlein* veröffentlichten Fall Vion erinnert. Es trifft auch auf meinen Kranken zu, was *Stierlein* über den seinigen sagte: „Die Vergangenheit ist wie ausgelöscht und damit auch das Erfahrungsmaterial, das dem normalen Menschen in Form von einfachen und assoziierten Vorstellungen zur Verfügung steht und ihm das Verständnis der sinnlichen Wahrnehmungen ermöglicht und seinem Handeln vernünftige Ziele steckt. Durch diesen Ausfall ist er auf die Stufe eines kleinen Kindes zurückversetzt."

Das, was meinen Kranken von den anderen unterscheidet, ist, daß in jenen Fällen die Kranken hochgradig schwachsinnig blieben, während in dem von mir angeführten Beispiel eine allmähliche Ausfüllung der großen Erinnerungslücke stattfand. Den höchsten Grad von Vollständigkeit allerdings erreichte sie nicht. Die Erinnerung an den Unfall selbst mit seinen Begleitumständen blieb aus. Ebenso kehrte die Erinnerung an eine kurze Spanne Zeit vor und eine ebensolche nach dem Unglück nicht wieder. Als beim Patienten die Merkfähigkeitsstörungen geschwunden waren, konnte er sich weder darauf besinnen, daß er nach Berlin gereist war, noch daß er sich dort aufgehalten hat.

Nicht ganz so schwer waren die Gedächtnisstörungen im Falle 2. Auch hier handelte es sich um eine retroanterograde Amnesie. Die Erinnerung fehlte für den Unfall ebenfalls vollständig. Die retrograde Amnesie für die weit zurückliegenden Perioden war indessen keine so totale wie im Falle 1, vielmehr eine partielle. Nicht alle Kenntnisse und Erfahrungen waren ihm abhanden gekommen. Der Erinnerungsschatz aus dem letzten Zeitabschnitt vor dem Unfall schien erheblicher geschädigt zu sein, denn es war z. B. auffallend, daß dem Patienten sein letzter Wohnsitz entfallen war und er für diesen seine frühere Heimat angab. Für die Merkfähigkeitsstörung nach dem Unfall sprachen die vollständige örtliche und zeitliche Unorientiertheit. Auch hier fand später eine allmähliche Ausfüllung der Erinnerungslücke statt, die Erinnerungsbilder ausgenommen, die dem Zeitabschnitt des Unfalles angehörten.

Dieser Ausfüllungsmodus ist der gewöhnliche. Die Kasuistik lehrt, daß die Erinnerungsbilder allmählich, teils spontan, teils durch erleich-



ternde neue Gedankenverbindungen und Eindrücke geweckt wieder auftauchen. Nur in seltenen Fällen soll, wie in dem (von *Sibelius* zitierten) Fall von *Trénel*, auch eine plötzliche Ausfüllung der Erinnerungslücke vorkommen. Daß ferner nach Beendigung des Ausfüllungsprozesses eine Amnesie zum mindesten für den Unfall selbst noch zurückbleibt, ist ebenfalls nach den bisherigen Beobachtungen ohne Ausnahme der Fall gewesen.

Was die Grenzen der retrograden Amnesie bei beiden Beispielen anbelangt, so lassen sie sich beide Male nicht mit Sicherheit festlegen. Auch in späteren Stadien der Krankheit nicht. Nach *Sibelius* können sie sowohl diffus als scharf sein. Bei meinen Fällen scheint die zurückliegende Zeitgrenze eine diffuse gewesen zu sein.

Um schließlich noch des letzten Punktes Erwähnung zu tun, den *Sibelius* bei seiner Betrachtung der CO-Amnesien berücksichtigt, und der sich auf die Kongruenz der beiden Amnesien, der retrograden und anterograden bezieht, so läßt sich hierüber in meinen Fällen sagen, daß eine Kongruenz hier sowohl zeitlich als auch in bezug auf die Intensität nicht zu verkennen ist.

Daß es sich bei meinen Kranken um reine CO-Amnesien handelte, ist wohl als sicher anzunehmen. Es spricht jedenfalls nichts für deren hysterische Natur; höchstens der Umstand könnte es, daß die retrograde Amnesie beide Male einen so großen Zeitabschnitt umfaßt, was allerdings auch bei toxischen und traumatischen Amnesien vorkommt. Dagegen sprechen aber die unscharfe Anfangsgrenze, das Fehlen jeglicher Systematisation, das Bestehen einer kombinierten retroanterograden Amnesie und schließlich ihre allmähliche Ausfüllung.

Daß, was die CO-Psychose meist dem Krankheitsbilde der Dementia praecox in verschiedenem Grade ähnlich macht, ist das zweite neben der Gedächtnisstörung im Vordergrund stehende Symptom: die völlige Apathie, die auch in unsern beiden Fällen während der Zeit der ausgesprochenen psychischen Erkrankung klar zutage tritt.

In den Aufzeichnungen über den Fall 1 finden wir: Gesichtsausdruck apathisch. Ist ganz stumpf. Auf die Interesselosigkeit des Patienten deutet die spätere Notierung hin: Kümmert sich um niemanden, schließt sich nicht an, vernachlässigt sein Äußeres. Über den Fall 2 heißt es: Gesichtsausdruck leer, ist stumpf und interesselos. Es ist beide Male dasselbe Bild wie bei den „akuten Demenzen" von *Sibelius*, bei *Stierleins* Fällen, den Kranken von *Westphal*, dem von *Schultze* und anderen. *Westphal* sprach in der Besprechung seiner Fälle von diesen Erscheinungen als von „einer gemütlichen Verblödung" neben Zeichen erheblicher intellektueller Schwäche. Auch für meine Fälle dürfte diese Bezeichnung das Krankheitsbild am treffendsten charakterisieren. Denn wie dort

waren auch meine beiden Kranken „zu den leichtesten Arbeiten völlig außerstande, mußten zum Essen, zu den einfachsten Verrichtungen angehalten werden, waren mit Urin und Stuhl unrein“.

Ich erwähnte oben schon, bei der Erwähnung der Differentialdiagnose, daß diese gleichgroße Apathie auf dem Gebiete der Intelligenz wie des Gemütes für die CO-Psychose charakteristisch ist und sie von der bei den Dementia praecox-Formen unterscheidet.

In meinen Krankheitsbildern erfuhr der stuporöse Zustand je einmal eine Unterbrechung durch einen plötzlich einsetzenden Erregungszustand. Die Kranken zeigten starke motorische Unruhe, waren im höchen Grade unreinlich und schrien laut auf. Das Vorkommen solcher Anfälle nach dem Erwachen aus der Bewußtlosigkeit nach CO-Intoxikation oder im Verlauf der weitern Krankheit ist nichts Besonderes. Es wurde bereits mehrfach in der Literatur erwähnt.

Giese führt sie bei seiner Besprechung der hauptsächlichsten Symptome der Kohlenoxyd-Psychosen mit an. Unter dem von *Sibelius* zitierten kasuistischen Material finden wir verschiedene Fälle, die derartige Aufregungszustände zeigten. Von den „akuten Demenzen“ z. B. der Fall *Finkelstein*. Hier trat am neunten Tage nach der Vergiftung aus dem Zustand völliger Apathie heraus plötzlich ein Tobsuchtsanfall auf, der sehr bald abklang. Bei den schweren, nicht regressiven Demenzen finden wir ähnliche Anfälle im Fall *Cramer* und *Simon*. Bei ersterem setzte der delirante Zustand etwa 4—5 Tage, bei letzterem etwa 2 Wochen nach dem Unfall ein. In allen Fällen waren sogenannte Intervalle oder Remissionen vorhergegangen, wie bei den meinigen. Bei letzteren und den Fällen von *Cramer* und *Simon* begann die schwere Nacherkrankung geradezu mit dem Aufregungszustand, der dann nach und nach abklang und der Apathie Platz machte. Im Falle *Finkelstein* trat er etwas später ein, nachdem bereits eine deutliche Verschlimmerung des Zustandes einige Tage vorher eingetreten war, indem der Patient, der bereits am dritten Tage nach der Vergiftung bei voller Besinnung war, schweigsam und mürrisch wurde, aufseufzte und eine Reihe verkehrter Handlungen ausführte. Die Dauer dieser Erregungszustände scheint meist eine kurze zu sein. Der Tobsuchtsanfall bei dem Kranken von *Finkelstein* war bereits nach einigen Stunden vorüber, die Aufregungszustände in den Fällen *Cramer* und *Simon* anscheinend nach wenigen Tagen. Auch bei meinen beiden Kranken haben sie eine Reihe von Tagen nicht überdauert.

Auf körperlichem Gebiete ist bei Fall 2 nichts, im Falle 1 nur eine zu Beginn der Erkrankung bestehende Pupillarstörung



konstatiert worden. Es heißt im Falle 1: Pupillen waren weit, entrundet. Lichtreaktion rechts fehlte, links eine Spur träger Reaktion.

Pupillarstörungen finden wir in der Literatur mehrfach erwähnt. Doch sind sie bei CO-Vergiftungen keineswegs konstant. Man findet in der Literatur eine ganze Reihe von Fällen, wo ausdrücklich das normale Verhalten der Pupillen erwähnt ist. Bestehen Störungen, so handelt es sich stets um fehlende oder träge Lichtreaktion. Weite Pupillen, wie bei meinen Kranken, kann nicht als spezifisches Sympton für CO-Vergiftungen angesehen werden, denn in verschiedenen Fällen bestanden im Gegenteil enge Pupillen; auch bei Leuchtgasvergiftung (z. B. Fall Hedrén). Entrundung der Pupillen scheint bisher nach Kohlenoxyd-Vergiftung noch nicht beobachtet worden zu sein. In meinem Falle 1 dürfte die Erscheinung aber mit dieser in Verbindung zu bringen sein, weil gleichzeitig das Fehlen der Lichtreaktion bestand, das zweifellos als Folge der CO-Intoxikation anzusehen war, und weil beide Pupillarsymptone zusammen später wieder geschwunden waren.

Ich habe bisher, d. h. bei Besprechung der CO-Amnesien und Beantwortung der Frage nach der Zugehörigkeit meiner beiden Fälle zu einer bestimmten Krankheitsform absichtlich die Untersuchung darüber ausgelassen, ob meine Beispiele von Kohlenoxyd-Psychosen Übereinstimmungen mit den unter dem Namen *Korsakoff*-sche Psychose bekannten Zustandsbildern aufweisen und, wenn ja, ob es nicht vielleicht sogar angezeigt ist, beide Erkrankungen als „*Korsakoff* nach CO-Intoxikation" zu bezeichnen. Diese Fragen sind bereits oft gestellt und erörtert worden, wie überhaupt im Laufe der beiden letzten Jahrzehnte eine recht ansehnliche Literatur speziell über den *Korsakoff*schen Symptomenkomplex erschienen ist. Sie schienen mir deshalb wichtig genug, um sie am Schlusse meiner Betrachtung im besondern zu besprechen.

Über das von ***Korsakoff*** beschriebene und nach ihm benannte Krankheitsbild hat lange Zeit Unstimmigkeit geherrscht, und es dürfte auch heute wohl noch nicht in allen diesbezüglichen Fragen Übereinstimmung erzielt worden sein. Ich lege meinen Ausführungen das von ***Bonhoeffer*** im Jahre 1904 zusammenfassend Gesagte zugrunde, das wohl auf den meisten Seiten Annahme gefunden hat.



Danach hat der Begriff der *Korsakoff*schen Psychose im Laufe der Zeit vielfache Modifikationen erfahren. Vor allen die, daß die toxämische Ätiologie nicht notwendig ist, vielmehr der von *Korsakoff* beschriebene psychische Symptomenkomplex sich bei den verschiedensten Prozessen findet, und daß die Neuritis keine unbedingt notwendige Begleiterscheinung der Erkrankung ist. Es ist deshalb von *Jolly* vorgeschlagen worden, für das psychische Krankheitsbild die Bezeichnung „*Korsakoff*sches Syndrom" zu gebrauchen. Dieses würde aus den vier Hauptsymptomen: Merkschwäche, Erinnerungsdefekt für die jüngere Vergangenheit, Desorientierung und Konfabulation sich zusammensetzen.

Mit diesem Symptomenkomplex sind die geistigen Störungen nach CO-Vergiftung häufig verglichen worden, und es hat sich meist eine erhebliche Ähnlichkeit bzw. Übereinstimmung nachweisen lassen. Man nimmt deshalb heute den Standpunkt ein, daß das *Korsakoff*sche Syndrom sowohl auf der Grundlage etwa eines chronischen Alkoholismus oder nach Infektionen, bei arteriosklerotischen Prozessen, nach Commotio cerebri, nach Strangulation und anderen Noxen, als auch nach CO-Vergiftung in Erscheinung treten kann.

Vergleichen wir unsere beiden Krankheitsbilder nach Leuchtgas-Vergiftung mit dem *Korsakoff*schen Symptomenkomplex. In bezug auf Merkschwäche, Erinnerungsdefekt und Desorientierung stimmen sie überein. Von Konfabulationen war bei meinen Kranken keine Spur zu entdecken. Das würde die Diagnose „*Korsakoff*sches Syndrom" sofort umstoßen, wenn wir bei *Bonhoeffer* nicht bereits folgende Bemerkung fänden, die er im Anschluß an die Aufzählung der vier wesentlichen und notwendigen Symptome macht. „Konfabulationen und Desorientierung können in der Intensität ihrer Ausbildung ein sehr schwankendes Verhalten zeigen. Die Deutlichkeit der Konfabulationen steht offenbar in einem gewissen Verhältnis zur geistigen Regsamkeit. Die Fälle, in denen bei hochgradiger Amnesie Besonnenheit und attentes Wesen beibehalten wird, und die dadurch auch ein besonderes psychologisches Interesse haben, pflegen meist produktiver zu sein, während diese bei den Fällen von Stupor seltener sind." Bei meinen Kranken war nichts weniger als Besonnenheit, Aufmerksamkeit und geistige Regsamkeit vorhanden. Es waren beide ausgesprochene stuporöse Fälle. Und deshalb ist es nicht zu verwundern, daß Konfabulationen auch nicht andeutungweise vorhanden waren. Demnach würde die Diagnose *Korsakoff*sches Syndrom (oder wie *Bonhoeffer* in Anlehnung an *Tiling* vorschlägt,



„amnestischer Symptomenkomplex“, um Verwechslungen mit der Bezeichnung *Korsakoff*sche Psychose vorzubeugen, die er für die Krankheitsbilder auf alkoholischer oder infektiöser Basis reserviert sehen möchte) für unsere beiden Fälle voll berechtigt sein. Ich füge hinzu, daß auch die sonstigen Eigentümlichkeiten des *Korsakoff*schen Syndroms bei ihnen vorhanden waren. Die hier übliche Entstehung und Entwickelung aus einer akuten Bewußtseinsstörung heraus steht fest. Die verhältnismäßig rasche Rückbildungsmöglichkeit bei vorher nicht invaliden Gehirnen beweist (speziell für die Fälle nach CO-Intoxikation) die beide Male, im schweren Falle nach vier Monaten, eingetretene Heilung. Schließlich fehlen auch die bei den *Korsakoff*schen Zustandsbildern so häufigen interkurrenden bezw. initialen Erregungszustände nicht.

Literatur.

1. *Bonhoeffer*, Referat: Der *Korsakoff*sche Symptomen-Komplex in seinen Beziehungen zu den verschiedenen Krankheitsformen. Allg. Ztschr. f. Psych. 61. Bd., H. 5, 1914.
2. *Giese*, Zur Kenntnis der psychischen Störungen nach Kohlenoxyd-Vergiftungen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 68, Lit.-H. 1911.
3. *Riese*, Ein Beitrag zur Kenntnis der psychischen Störungen nach Gasvergiftung. Monatschr. f. Psych. u. Neur. 1918, H. 6.
4. *Sachs*, Die Kohlenoxyd-Vergiftung. Braunschweig 1900.
5. *Schulz*, Ein Fall von Korsakoff nach CO-Vergiftung. Berl. kl. Wschr. 1908, Nr. 35.
6. *Schultze*, Eine ungewöhnliche gewerbliche Kohlenoxyd-Vergiftung. Berl. kl. Wschr. 1919, Nr. 5.
7. *Sibelius*, Die psychischen Störungen nach akuter CO-Vergiftung. Mtschr. f. Psych. u. Neur. 18. Erg.-H. 39, 1906 (enthält die ganze ältere Literatur).
8. *Stierlein*, Über psycho-neuropathische Folgezustände bei den Überlebenden der Katastrophe von Courrières. Monatschr. f. Psych. u. Neur. 25, Erg.-H. 185.
9. *Westphal*, Über seltenere Formen von traumatischen und Intoxikations-Psychosen. Arch. f. Psych. Bd. 47, 1910.



Über die Gefahren der Lumbalpunktion[1]).

Von **Carl Monar,** approb. Arzt.

Einleitung. — Die von *Quincke* im Jahre 1891 erfundene und in die praktische Medizin eingeführte Lumbalpunktion gehört heute zu den unentbehrlichen Hilfsmitteln der Neurologie, Psychiatrie, inneren Medizin und Chirurgie. Die Neuheit der Methode und die mangelhafte Erfahrung umgrenzten anfangs die Indikationstellung der Lumbalpunktion ziemlich eng. Nachdem nun aber feststeht, daß in sehr vielen Fällen die Lumbalpunktion eine schwankende Diagnose sichern und manchmal die Stellung einer Diagnose überhaupt erst ermöglichen kann, darf die Anstellung der Lumbalpunktion nicht mehr nach Belieben erfolgen, sondern muß bei allen in Betracht kommenden Fällen gefordert werden. So kann man heute sagen, daß die Indikation gar nicht weit genug ausgedehnt werden kann.

Vorbedingung für die Anstellung der Lumbalpunktion ist selbstverständlich, daß man die Technik einwandfrei beherrscht und alle Vorsichtsmaßregeln streng beachtet. *Quincke* selbst gibt in den Therap. Mh. 1914 28, H. 7 eine Übersicht über die Indikationen zur Lumbalpunktion und stellt folgende Grundsätze für ihre Anwendung auf:

1. Die Lumbalpunktion ist grundsätzlich anzuwenden, resp. zu versuchen überall da, wo bei einer lebenbedrohenden zerebrospinalen Drucksteigerung ein Flüssigkeitserguß als Ursache oder als mitbeteiligt vermutet oder als möglich angenommen werden darf.

2. Auch bei minderschweren Drucksymptomen gleichen Ursprungs ist von der L.-P. Linderung der Beschwerden (Kopfschmerz, Benommenheit, Erbrechen) zu erwarten.

3. In akuten Fällen einfacher seröser Transsudation (entzündlich oder nicht entzündlich) wird oft schon durch eine L.-P. auffällige Besse-

---

[1]) Aus der Univ.-Klinik für Psychisch- und Nerven-Kranke in Bonn (Direktor: Geheimrat *A. Westphal*).

rung und eine entschiedene Wendung des Krankheitsverlaufes herbeigeführt.

4. Wo die Besserung vorübergeht, muß die Punktion wiederholt werden, in akuten Fällen täglich (oder noch öfter), dann allmählich seltener, in chronischen Fällen in Intervallen von 3—10 Tagen, selbst monatelang.

5. Bei diesen fortgesetzten Punktionen sind bei der Indikation für den einzelnen Eingriff ebensowohl der Krankheitsverlauf wie die einzelnen Symptome und die Ergebnisse der früheren Punktionen zu berücksichtigen.

6. Bei jeder L.-P. sind die technischen Regeln bezw. Ausführung und Nachbehandlung genau zu beachten, sind Anfangs- und Enddruck sowie die entzogene Flüssigkeitsmenge zu messen.

7. Bei eitriger bazillärer Zerebrospinalmeningitis wird durch methodisch wiederholte Punktionen sicher sehr häufig günstiger Ausgang ermöglicht, bei tuberkulöser wenigstens in seltenen einzelnen Fällen.

8. Hirntumoren oder der Verdacht darauf bilden keine Kontraindikation gegen L.-P., wenn dieselbe mit gehöriger Vorsicht ausgeführt wird. Die Punktion kann, wiederholt, Besserung der Symptome für längere Zeit, selbst bis zum Verschwinden der Stauungspapille, zur Folge haben.

Diesen Grundsätzen *Quinckes*, die er nach 23jährigen Beobachtungen und Erfahrungen aufstellte, standen in der ersten Zeit nach der Einführung der L.-P. von vielen Seiten starke Bedenken entgegen. So gefahrlos auch heute die Operation, unter streng aseptischen Kautelen ausgeführt, sein mag, so hat doch der Streit der Anhänger und Gegner der neuen Methode lange Zeit hin und her gewogt, bis er endgültig zugunsten des unleugbaren Wertes der L.-P. für die Diagnostik und Therapie vieler Krankheiten entschieden wurde. *Ossipow* schreibt auf Grund seiner Untersuchungen über die pathologischen Veränderungen des Zentralnervensystems von Tieren nach L.-P. im Jahre 1901: „Die L.-P. ist keineswegs ein so harmloser Eingriff, als es auf den ersten Blick scheinen könnte, und als es von vielen Forschern behauptet wird, namentlich wenn sie zu wiederholten Malen ausgeführt wird. Daher sollte die therapeutische Anwendung der L.-P. sich auf solche Fälle beschränken, wo deutlich ausgesprochene Symptome von Druck der Zerebrospinalflüssigkeit auf das Gehirn das Leben des Kranken bedrohen. Bei Sklerose der Gefäße und bei Aneurysma der zerebralen Gefäße ist die L.-P. direkt kontraindiziert. Unbedingt kontraindiziert ist die L.-P. auch sowohl bei akuten wie chronischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, bei denen nicht deutliche Symptome einer Druckerhöhung seitens der Zerebrospinalflüssigkeit vorliegen, um so mehr, als auch die Hirngefäße bei vielen von den genannten Erkrankungen bereits in einem Grade alteriert sind. — Die Gefahr einer diagnostischen Verwendung der L.-P. ist weit geringer, falls zu diesem Zweck nur eine unbedeutende Flüssigkeitsmenge entleert

wird, obschon hierbei die Gefahr der Infektion und einer Verletzung von Gefäßen und Nervenwurzeln durch die Nadel natürlich keineswegs ausgeschlossen ist. — Eine diagnostische Punktion bei apoplektischen Blutungen, die zum Zweck hat, sich davon zu überzeugen, ob Blut in die Ventrikel eingedrungen ist, hat überaus zweifelhafte Bedeutung, da blutige Verfärbung von Zerebrospinalflüssigkeit auch von anderen Ursachen abhängen kann, bei der Verletzung eines Gefäßes durch die Nadel kann man bei der Punktion selbst reines Blut erhalten. Überdies kann das Entleeren von Flüssigkeit bei der Punktion eine Vergrößerung des Blutungsherdes zur Folge haben und Ursache zu einer Zerreißung der Wand des Ventrikels werden. Überhaupt ist es besser, bei irgend zweifelhaften Indikationen die Punktion zu unterlassen, zumal in Fällen, wo die Diagnose der Krankheit auch ohne dies feststeht. — Die L.-P. mit Aspiration von Flüssigkeit sollte aus der Praxis vollständig verbannt werden, da sie, abgesehen von den Qualen für den Kranken, gefahrbringende Blutungen veranlassen kann.“

Auch *Nißl* stellt in seiner Arbeit über die Bedeutung der L.-P. für die Psychiatrie (Ztrlbl. f. Nervenhlkde. 1904) den Eingriff als keineswegs indifferent hin und verlangt infolgedessen zur Ausführung der L.-P. die Einwilligung des Kranken oder seines gesetzlichen Vertreters.

Im gleichen Jahre war die Frage nach den Gefahren und Bedenken der L.-P. Gegenstand einer Diskussion in der Sitzung der „Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten“ vom 5. Dezember. *Oppenheim* erkennt die wichtigen Ergebnisse der L.-P. für den Forscher an, bemerkt aber, daß das Interesse für den Arzt noch in einer anderen Frage liege, von der leider viel zu wenig die Rede sei, nämlich der Frage nach den Gefahren des Eingriffs. Er sagt: „Schon *Nißls* Beobachtungen an Gesunden zeigen, daß selbst für diese die L.-P. kein gleichgültiges Verfahren ist, sondern ziemlich erhebliche, wenn auch vorübergehende Gesundheitsstörungen hinterläßt.“ *Remak* äußert ebenfalls Bedenken, ob bei dem bis auf seltene Ausnahmen praktisch geringen differentialdiagnostischen Werte der L.-P. diese zu ausgedehnterer Anwendung empfohlen werden soll, wenn auch nur in einzelnen Fällen dadurch eine Schädigung der Kranken möglich wäre, zumal letztere nur zu leicht von ärztefeindlicher (naturärztlicher) Seite ausgebeutet werden könnte. Wenn es das wissenschaftliche Interesse erfordern sollte, größere Quantitäten von Zerebrospinalflüssigkeit behufs Untersuchung auf Cholin usw. bei den zu untersuchenden Affektionen zur Verfügung zu haben, so könnte dieselbe zunächst von Leichen entnommen werden.

Brodmann erinnert daran, daß auf der letzten Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Göttingen in entschiedener Weise davor gewarnt worden ist, die L.-P. in größerem Umfange zu diagnostischen Zwecken anzuwenden. Ein Periculum parvum sei ja auch von *Ziehen*, selbst bei Berücksichtigung aller Vorsichtsmaßregeln, zugestanden worden;



andere Autoren, denen gegenüber der Vorwurf einer mangelhaften operativen Technik hinfällig sei, hätten über lang andauernde, heftige subjektive Beschwerden berichtet. Die Bedenken *Oppenheims* seien deshalb nicht ungerechtfertigt.

Auch *Mendel* rät zu großer Vorsicht bei dieser Prozedur.

1909 bemerkt *Borchardt* in einem Referat im Gegensatz zu *F. S. Meyers*, der glaubt, daß eigentlich keine Kontraindikation gegen die L.-P. besteht, daß seine Erfahrungen, wie die so vieler Nervenärzte, zu ganz anderen Schlüssen führen. Auf Grund der beobachteten Nachteile hat er sogar die L.-P. in den letzten Jahren nur selten mehr ausgeführt und zwar fast nur bei Verdacht auf Meningitis. „Übrigens bringt sie mehr Schaden als Nutzen. Den Fällen gegenüber, wo die Frühdiagnose Vorteil gewährte, stehen andere Fälle, wo die beobachtete Lymphozytose zu Fehlschlüssen führte, bisweilen zum Nachteil der Kranken. Lymphozytose beweist Reizzustand der Meningen irgendwo, nichts weniger, aber auch nichts mehr."

Ferner stellt *Schönbeck* im Jahre 1915 die L.-P. als einen nicht ungefährlichen Eingriff dar, und zwar so, daß sie einen vollkommen Gesunden zu schädigen vermöge, unter pathologischen Umständen aber direkte Ursache des Exitus letalis werden könne. Absolute Kontraindikationen seien nicht aufzustellen. Man unterlasse die L.-P. am besten ganz bei Blutungen in der Schädelrückgrathöhle und bei intrakraniellen, raumbeschränkenden Prozessen, namentlich bei Tumoren der hinteren Schädelgrube.

Trotz aller dieser Bedenken und nachteiligen Erfahrungen hat sich *Quinckes* L.-P. in immer größerem Maße das Feld der praktischen Medizin erobert und ist zu einem unersetzlichen diagnostischen und therapeutischen Hilfsmittel geworden. Wenn auch üble Zufälle, vorübergehende Schädigungen und selbst Todesfälle nach L.-P. nicht zu den Seltenheiten gehören, so stehen diesen Fällen doch zahlreiche andere gegenüber, die der L.-P. Erkennung, zweckentsprechende Behandlung und Heilung ihres Leidens verdanken.

Zweck und Ziel dieser Arbeit ist es, die im Anschluß an L.-P. aufgetretenen Schädigungen und Todesfälle, sowie deren Ursachen zu erörtern, um dadurch Anhaltspunkte zur Vermeidung der Gefahren dieser so eminent wichtigen Operation für die praktische Medizin zu gewinnen.

Lumbalpunktionen ohne nachteilige Folgen. — Natürlich sind in der Literatur bei weitem nicht alle Fälle mitgeteilt worden, bei denen die L.-P., zu diagnostischen oder thera-

peutischen Zwecken ausgeführt, ohne irgendwelche nachteilige Folgen verlaufen ist, was bei dem häufigen Vorkommen dieses Eingriffs nicht weiter verwunderlich ist. Immerhin aber ist es zur besseren Übersicht angebracht, die Mitteilungen verschiedener Autoren hierüber an diesem Platze zusammenzustellen.

So berichtet *Pfaundler* in seiner 1899 geschriebenen Abhandlung über Lumbalpunktionen an Kindern, daß bei ca. 200 Punktionen nie üble Zufälle beobachtet worden sind.

Legrain und *Guiard* erblicken in der L.-P. eine wertvolle Methode zur Beseitigung der sonst jeder Behandlung trotzenden Kopfschmerzen der Nierenkranken. Die Punktion kann nach ihrer Ansicht unbedenklich alle zwei bis vier Wochen wiederholt werden und ist absolut unbedenklich bei einwandfrei aseptischer Technik. Nach der Punktion muß der Kranke 2—3 Stunden Horizontallage innehalten.

Unter 223 Fällen von L.-P. kam nach *Chauffard* und *Boidin* nur 1 Todesfall (pneumonischer Tabiker) vor; sie empfehlen sie als harmlose und fast schmerzlose Methode zu Heilzwecken (Meningitis, Vertigo) und zu diagnostischen Zwecken (Blutungen).

Fankhauser hat bei 64 Geisteskranken — darunter 35 Fälle von Paralyse, 21 von Dementia praecox usw. — die L.-P. bisher (1907) angewandt und den Liquor cerebrospinalis hinsichtlich des Druckes, der makroskopischen und mikroskopischen Beschaffenheit sowie des Eiweißgehaltes untersucht. Entleert wurden nie mehr als 5 ccm. Nachteilige Folgen kamen nicht zur Beobachtung; bei Paralytikern traten so gut wie nie üble Nacherscheinungen auf, bei anderen Kranken ab und zu, gingen aber unter Bettruhe schnell vorüber.

Meyers fand folgendes als Resultat seiner L.-P. an 100 Kranken. Es wurde die von *van Londen* angegebene Nadel benutzt. Lokalanästhesie mittels Chloräthyl. Nie wurden mehr als 10 ccm abgenommen, als Regel nur 5—6 ccm. Nach der Punktion 24 Stunden Bettruhe. Es wurde niemals Nachteil gesehen, sogar kein kurzdauernder Kopfschmerz oder Übelkeit. *Meyers* glaubt daher, daß eigentlich keine Kontraindikation mehr besteht.

Skoczynski teilt mit, daß er ernstere Erscheinungen nach der Punktion nie gesehen habe; nur in einem Fall sei Erbrechen aufgetreten und einige Male wurde über Kopfschmerzen geklagt. Einige Erscheinungen, z. B. Urticaria, hätten eine andere Ätiologie. Er habe auch immer nur eine kleine Menge der Flüssigkeit abgelassen.

Frenkel hält die L.-P. für absolut gefahrlos; unangenehme Erscheinungen habe er nie beobachtet. Er gebraucht nur sehr dünne französische Nadeln und läßt die Kranken nach der Operation mit gesenktem Kopf im Bett liegen.

Hier sind noch zwei Fälle erwähnenswert, die *Hübner* in der Bonner Universitätsklinik für Psychisch- und Nervenkranke beob-



achtete. Beim ersten Patienten handelt es sich um einen reinen Fall von juveniler Tabes.

Vorgeschichte: Frau X. Vater in jungen Jahren nach mehrfachen Schlaganfällen gestorben, hatte Syphilis. Mutter an Lungen- und Brustfellentzündung gestorben. Ein Bruder soll „nervös und hitzig" sein. Mit 25 Jahren geheiratet, keine Kinder. Ausschläge am Körper während ihrer Verheiratung geleugnet. Vor 5 Jahren Kreuzschmerzen, verschlimmert nach einem Fall. Sie bekam dann Schmerzen in der Brust, war schwindelig und schwach auf den Beinen; es war ihr immer schlecht; sie aß wochenlang nichts. Im zweiten Jahr ihrer Verheiratung hat sie viel gebrochen, „von früh bis zum Abend", angeblich wegen Aufregung über die Schlechtigkeit ihres Mannes. Da sie überall in den Gliedern Stechen hatte, kam sie vor 7 Jahren zum erstenmal in die Poliklinik.

Untersuchungsbefund: Miosis, reflektorische Pupillenstarre, Ataxie, erschwerter Urinabgang bei zeitweise vermehrtem Harndrang, anfallweises Erbrechen, Gürtelgefühl, blitzartige Schmerzen in den Beinen. W.-R. +. Kniephänomen links sehr schwach, rechts etwas deutlicher vorhanden. Achillessehnenreflexe beiderseits schwach.

Die Frau wurde zum Zweck der Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit lumbalpunktiert und sollte nachher eine 24stündige Bettruhe innehalten. Eine halbe Stunde nach der Punktion erklärte sie unter dem Einwande, „daß niemand zu Hause sei, der die Ziege melken könne", nach Hause gehen zu müssen, zumal sie keinerlei Beschwerden verspüre. Da sie einen 8—9 km weiten Weg zurückzulegen hatte, wurde sie auf die Gefahren möglicher unangenehmer Komplikationen aufmerksam gemacht. Sie ließ sich aber durch nichts von ihrem Vorhaben zurückhalten und legte den 8—9 km langen Heimweg zu Fuß zurück. Als sie beim nächsten Wiederkommen gefragt wurde, ob sie irgendwelche Beschwerden infolge ihrer Anstrengung nach der Operation gehabt habe, war sie sehr erstaunt, und gab an, daß sie nicht das geringste gespürt habe und ihre doch verhältnismäßig schwere Arbeit als Bauernfrau uneingeschränkt habe verrichten können.

Der zweite Fall betrifft einen preußischen Major, der infolge der Revolution und des Zusammenbruchs der deutschen Armee Ende 1918 in einen psychogenen Dämmerzustand verfallen war. Als er auf der Besserung war, äußerte er gelegentlich einer Unterhaltung, daß er früher Lues akquiriert habe. Da seine Gesichtszüge sehr verfallen aussahen, wurde der Verdacht auf beginnende Paralyse rege. Zur Sicherung der Diagnose wurde L.-P. vorgenommen — mit übrigens negativem Resultat der Liquor-Untersuchung —. Auch er brach die vorgeschriebene 24stündige Bettruhe nach der Operation bereits nach 2 Stunden ab und ging 5—6 km weit zu Fuß nach Hause. Nachteilige Erscheinungen irgendwelcher Art sind bei ihm nicht aufgetreten.

Gerade diese beiden Fälle beweisen, wie wenig sich die Regeln über das Verhalten des Kranken nach der L.-P. verallgemeinern lassen; ich führe sie aber nicht an, um Beispiele für die Gleichgültigkeit in bezug auf die Beachtung der Vorsichtsmaßregeln nach L.-P. zu gewinnen, sondern nur um zu zeigen, daß das Auftreten übler Nacherscheinungen in für den einzelnen Fall unbekannten Eigentümlichkeiten der individuellen Konstitution begründet ist.

Todesfälle nach Lumbalpunktion. — Diesen Beispielen von Gefahrlosigkeit der L.-P. gegenüber stehen nun auch leider nicht wenige Fälle, bei denen die L.-P. in kürzester Zeit zum Tode führte.

Gumprecht berichtet über 15 plötzliche Todesfälle durch L.-P., in denen der Tod meist durch Respirationslähmung eintrat, und zwar gewöhnlich wenige Stunden nach der Punktion. Da es sich bei den oben erwähnten Patienten meist um Hirntumoren handelt, so sind diese plötzlichen Todesfälle meist in der Weise erklärt worden, daß bei Hirntumoren eine ungenügende Kommunikation zwischen Rückenmark und Hirnkammern bestehen kann. Als Therapie — oder besser als Mittel, den doch sicheren Tod wenigstens zu verzögern — ist vorgeschlagen worden, die Trepanation und Ventrikelpunktion, erforderlichenfalls unter künstlicher Respiration, bei drohendem Tode nach der L.-P. zu versuchen.

Auch *Levi-Sirugue* beobachtete Todesfälle nach L.-P. und führt sie fast immer auf Respirationslähmung zurück; plötzlicher Exitus nach der Punktion komme fast nur bei Hirntumoren vor.

Mathes teilt einen üblen Zufall nach einer L.-P. mit. Die Punktion zwecks Ausführung der Lokalanästhesie war ergebnislos. Als Ursache des nach Ausführung der Exstirpatio uteri carc. erfolgten Exitus wurde ein Aneurysma Art. vertebral. dextrae perforat. und Compressio cerebri et medullae oblongatae gefunden.

Müller berichtet über zwei Fälle, welche wegen der Eigenart des anatomischen Befundes sehr geeignet sind, den ursächlichen Zusammenhang zwischen L.-P. und Gehirn-Hämorrhagie zu demonstrieren. In jedem Falle handelt es sich um einen ca. walnußgroßen Gehirntumor. Ca. 1 Stunde (im ersten Falle erst nach mehreren Stunden) nach der L.-P. trat der Exitus ein. Die Autopsie ergab starke Erweiterung der Seitenventrikel durch blutig-seröse Flüssigkeit. Als Ursache der Blutung nimmt *Müller* (nach *Ossipows* Ausdruck) „die aspirierende Wirkung des Vakuums" an, das durch Druckherabsetzung und Verminderung der Zerebrospinalflüssigkeit geschaffen worden ist. Diese aspirierende Wirkung pflanzt sich infolge der direkten Kommunikation des Ventrikelsystems mit dem Subarachnoidalraum des Rückenmarks bis zu den Ven-



trikeln fort und bringt dort die Gefäße zum Platzen. *Müller* schließt mit der Aufforderung zur Vorsicht bei der L.-P., besonders bei Hirntumoren.

Den üblen Erfahrungen von *Fürbringer*, *Gumprecht*, *König* u. a. über L.-P. bei Gehirntumoren fügt *Masing* eine neue hinzu: bei einer 22jährigen Kranken, welche Erscheinungen eines Hirntumors darbot, tritt im Anschluß an die L.-P., durch die 30 ccm entleert wurden, der Tod ein. Die Sektion deckt ein Gliosarkom des rechten Temporallappens, in welches eine frische Blutung erfolgt war, neben ausgedehnter frischer Blutung im Subarachnoidalraum des Gehirns und Rückenmarks auf.

Spiller führte bei einem Musketier, der an heftigen Kopfschmerzen mit Nackensteifigkeit erkrankte unter Fiebererscheinungen, die L.-P. aus und sah plötzlichen Exitus eintreten. Als Todesursache wurde eine Blutung aus einer geborstenen Schlagadergeschwulst an der Gehirnbasis von Kirschkerngröße gefunden.

Hennig hat bei Allard 23 Fälle zusammengestellt, in denen der Tod durch L-P. unmittelbar oder nach 24 Stunden erfolgte. Meist handelte es sich um den Abschluß zwischen Hirn- und Rückenmarkshöhle durch Verlegung des Aquaeductus Sylvii oder des Foramen Magendie. Ganz besonders gefürchtet sind deshalb die Tumoren der hinteren Schädelgrube, und namhafte Autoren erklären sich gegen die Anwendung der L.-P. bei solchen Geschwülsten oder bei den Hirntumoren überhaupt.

Schönbeck stellt insgesamt 71 Todesfälle durch L.-P. zusammen, wobei zu bemerken ist, daß sicher längst nicht jeder Fall veröffentlicht wurde. Größte Vorsicht ist vor allem geboten bei Hirntumoren, besonders bei solchen der hinteren Schädelgrube. Die Todesursache ist wahrscheinlich eine Störung der Liquorkommunikation; auch kann bei Kleinhirntumoren durch Hinabdrängen eine direkte Atemlähmung (bulbäre Kompression) eintreten. Völlig geklärt ist die Frage noch immer nicht, doch scheint in den bei weitem meisten Fällen ein bulbärer Schock vorzuliegen; ganz vereinzelt sind Fälle wie der von *H. Marcus*, bei dem sich ein großes Blutkoagulum um die Cauda equina herum fand. (*Eskuchen*, Die Lumbalpunktion.)

Ein Todesfall im Anschluß an L.-P. wurde in der Bonner Universitäts-Klinik für Psychisch- und Nervenkranke im Jahre 1913 beobachtet. Die Krankengeschichte des Falles sei hier wiedergegeben.

Anamnese (erstattet von der Frau des Pat.): Pfarrer A. K., 33 Jahre alt. In der Familie soll die Eigenschaft liegen, daß sie das Leben schwer und tief auffassen. Gemütskrankheiten oder Nervenkrankheiten sollen nicht vorhanden gewesen sein.

Pat. soll im 19. Jahr schwere Lungenentzündung gehabt haben, sonst immer gesund gewesen sein. Seit 1908 verheiratet, zwei gesunde



Kinder. Keine „Fehlgeburt" der Frau; Lues, Potus negiert. Durch Ärger mit einem Kollegen sehr heruntergekommen. Weihnachten 1911 sehr schwere Influenza; er ließ sich nicht vertreten, hat sich auch nachher nicht schonen können. Es wurde Weihnachten, vielleicht auch schon vorher, bemerkt, daß er auf dem linken Ohr nichts hören konnte. Im Juni und Juli begann er über heftiges Kopfweh zu klagen, dann traten im August Nackenschmerzen auf. Im August Urlaub, mußte sich gleich legen. Kopfweh wurde stärker. Er verlor dann Geruch und Geschmack, hatte brenzlichen Geruch in der Nase. Kopfweh kam immer wieder. Nasen- und Augenspezialisten im Oktober konsultiert, diese konstatierten nichts Krankhaftes. Nervenarzt konsultiert, dieser hielt die Krankheit für „funktionelle Nervenstörung". Therapie: Elektrische Kopfmassage und Pyramidon. Als ihm der Kopf Anfang November angeblich zu stark beim Nervenarzte eingespannt war, bekam er starke Kopfschmerzen, taumelte auf der Straße und hatte Sehstörungen (letztere vielleicht schon vorher). Im November bekam er schleimig-blutigen Ausfluß aus der Nase, wodurch der Kopfschmerz sehr nachließ. Nahm den Dienst auf, erkältete sich am Totenfest; die Nase lief nicht mehr, die Sehstörung, die inzwischen hin und wieder aufgetreten war, nahm zu. Wenn ihm das Blut zu Kopfe stieg, war die Sehkraft auf einmal wie ausgelöscht. Es traten starke Nackenschmerzen hinzu, die schon einmal im August und September aufgetreten waren. Ein anderer Nasenspezialist wurde konsultiert; dieser diagnostizierte Stirnhöhleneiterung. Er erklärte aber hinterher der Frau, daß er die Diagnose nur zum Schein und zur Beruhigung gesagt hätte; ihr Mann habe einen Tumor und werde nicht davonkommen. Schickt sie zu Geheimrat *Kuhnt*. Hier Entzündung beider Sehnerven festgestellt, links Nerv schon „zerstört". Röntgenbild ergab negatives Resultat. Siebbein-, Keilbein-, Stirnbeinhöhlen wurden dann in fünf Operationen geöffnet, weil man Verdickung der Schleimhäute vermutete, was sich auch bestätigte. Schleimhäute wurden entfernt. Am 4., 8., 13., 23. Januar und 7. Februar 1913 Operationen.

Am 20. Februar nach Hause zurück. Kopfweh war aber noch vorhanden. Gefühl von eisernem Band um den Kopf. Therapie: Lipojodin und Hg-Einreibung, auf die Stirn Belladonnasalbe, wonach Kopfweh schlimmer. Die Kur bekam dem Pat. schlecht. Er verlor den Appetit, Zunge wurde sehr belegt. Rauschen im Kopf wie zu Beginn der Krankheit und furchtbare Kopfschmerzanfälle. Neue Röntgenaufnahme ergab nichts. Erbrochen soll er nur zweimal innerhalb der letzten vier Wochen haben (vor der Aufnahme in die Klinik am 7. März 1913), soll vorher fett gegessen haben. Hat gestammelt, auch schon im August und September. Schläfrigkeit und Apathie ist nicht auffallend gewesen, vielleicht etwas nach schlechten Nächten.

Geistig soll er nach Angabe der Frau durchaus nicht gelitten haben, Gedächtnis soll nicht nachgelassen haben. Er habe bis Weihnachten



seine Dienstgeschäfte tadellos erledigt; 14 Tage vor Weihnachten zuletzt gepredigt, hin und wieder erregt gewesen, was die Frau auf die Kopfschmerzen und die empfindliche Natur, die in seiner Familie liegt, bezieht. Die Frau meint, daß er bis heute in seiner Geisteskraft und Urteilsfähigkeit nicht im geringsten beeinträchtigt ist. Immer überarbeitet gewesen.

Augenhintergrund: Beiderseits im Rückgang begriffene Stauungspapille, links: bereits Atrophie.

Geruch: links wird hier und da etwas gerochen, rechts: nichts. Prof *Kuhnt* findet, daß sich in letzter Zeit die Intelligenz verändert hat. Die Kopfschmerzen gingen zuerst von der Scheitelhöhe aus. Es war dem Pat., als „wenn ihm ein Sack Kohlen auf dem Kopf läge". Er hatte die Empfindung, als wenn vom Schädelinnern etwas gegen das linke Ohr drücke. Nach einer Vornahme von der Nase aus (Tubensondierung) sind die Kopfschmerzen immer vom linken Ohr ausgegangen. Zuerst soll (Ende September) der Geschmack, dann der Geruch geschwunden sein, das Gehör soll links schon Weihnachten 1911 geschwunden sein. Dann Influenza.

Untersuchungsbefund: Hirnnerven:

I. Beiderseits Geruch erloschen.

II. Beiderseits Stauungspapille. — Pupillen rund, dilatiert, Reaktion auf Licht und Konvergenz gering. Visus: Fingerzählen in 1 m.

III. IV., VI. Parese sämtlicher Augenmuskeln. Bei seitlichen Bewegungen treten die Augen nicht bis an den äußeren bzw. inneren Lidrand. Nach oben werden sie kaum gehoben, nach unten besser gesenkt. Starker horizontaler Nystagmus in seitlicher Endstellung der Augen. Vertikaler Nystagmus bei Blick nach oben.

V. Austrittspunkte nicht besonders empfindlich. Sensibilität im Gesicht, Stirn, behaarter Kopfhaut, l. = r., auch Zunge und Gaumen l. = r. Konjunktival- und Kornealreflexe l. so gut wie erloschen, r. nur wenig herabgesetzt. In allen Ästen des V., besonders des 3. Astes, häufig Schmerzen. Anfangs waren dieselben r. größer als l. Motorischer Teil des V. intakt.

Geschmacksprüfung: sauer wird an der Zungenspitze mit süß angegeben, süß wird an der Zungenspitze mit salzig angegeben, salzig wird an der Zungenspitze mit bitter angegeben, bitter wird an der Zungenspitze mit sauer angegeben.

VII. o. B.

VIII. L. wird Stimmgabel dicht am Ohr nicht gehört, auch nicht vom Warzenfortsatz aus. R. Gehör kaum beeinträchtigt; Rinne +. Setzt man die schwingende Stimmgabel l. auf den Scheitel, so wird sie zwar auch gehört, angeblich aber weniger deutlich als r. (nicht konstant).

IX. Gaumen beiderseits gleich innerviert. Gaumenreflex erloschen. Rachenreflex +. Geschmack auf dem hinteren Teil der Zunge: süß und sauer wird nicht geschmeckt; salzig +, bitter wird nicht geschmeckt.



X. Gaumenreflex erloschen.

XI. o. B.

XII. Zunge weicht beim Herausstrecken nach rechts ab; fibrilläres Zittern. Im übrigen Zunge frei beweglich.

Kopf auf Klopfen nicht empfindlich.

Halsnerven: Austrittspunkte der Okzipitalnerven nicht druckempfindlich. Zurzeit keine Nackenschmerzen und keine Nackensteifigkeit.

Wirbel nicht druckempfindlich. Wirbelsäule beweglich.

Bauchdeckenreflexe in allen Etagen +, vielleicht der r. untere Bauchreflex schwächer als der l.

Kremasterreflexe +.

Achilles- und Patellarsehnenreflexe lebhaft.

Kein Klónus. Kein Babinski. Kein Oppenheim.

Sensibilität am ganzen Körper +. Auch tiefe Sensibilität ungestört.

An den oberen Extremitäten nichts Besonderes. Grobe Kraft +. Keine Ataxie in oberen oder unteren Extremitäten. Kein Intentionszittern. Stereognosie +. Romberg etwas angedeutet. Gang langsam, bedächtig, soll jedoch häufig von der Richtung abgewichen sein.

Blase und Mastdarm o. B.

Sprache o. B. Schrift durch Herabsetzung der Sehschärfe gestört.

Puls etwas beschleunigt.

Stimmung heiter mit moria-artigem Zug. Räumlich und zeitlich orientiert. Rechnet etwas langsam. Ab und zu Erbrechen, anfallweise Kopfschmerzen.

Wassermann im Blut negativ. Zeitweise Nackenschmerzen, l. mehr als r. Nie Krämpfe, nie vorübergehende Lähmungen etc. beobachtet.

25. 3. 1913: L.-P. zwischen 2. und 3. Lendenwirbel im Sitzen. Es werden ca. 8—10 ccm wasserklarer Flüssigkeit entleert, unter anscheinend starkem Druck.

Phase II: Trübung.

Phase I: (Nonne-Apelt): deutliche Opaleszenz bzw. Trübung.

Lymphozytose: 12 Lymphozyten pro mm^3 (Lymphozytose II).

Wassermann im Liquor negativ.

27. 3. 1913: Klagt immer noch über heftige Kopf- und Nackenschmerzen seit der Punktion und hat noch zeitweise Erbrechen. Eisblase auf den Kopf.

28. 3. 1913: Auf Veronal gut geschlafen. Das Erbrechen hat nachgelassen. Nackenschmerzen jedoch noch vorhanden. Die Eisblase will Pat. nicht mehr haben.

29. 3. 1913: Es fällt auf, daß Pat. somnolent ist und sich nicht mehr unterhält. Um Mittag tritt röchelnde Atmung und starke Zyanose auf.

Ordination: Kampferinjektionen, kühle Abklatschungen. Puls 6 mal 23, auffallend stark gespannt (Hirndruck?!). Um 5 Uhr wird der Puls kleiner, um 7½ Uhr tritt der Tod ein.



Da keine Sektion erfolgte, bleibt die Differentialdiagnose zwischen Meningitis und doppelseitigem Stirnhirntumor unentschieden, wahrscheinlich aber wird es sich um lezteren gehandelt haben. Somit ist die alte Erfahrung, daß die L.-P. bei Hirntumoren ein besonders gefährlicher Eingriff ist, um einen neuen Fall bereichert und bestätigt.

Rehder berichtet über zwei Fälle von Hirntumor, erstens bei einem 16jährigen Mädchen, sodann bei einem 25jährigen Mann. Bei dem ersteren wurde durch die Sektion ein Tumor des rechten Schläfenlappens nachgewiesen. Bei dem Mädchen wurde die L.-P. vorgenommen, und es wurde die Erfahrung bestätigt, daß bei der sicheren Diagnose Tumor cerebri die L.-P. ein bedenklicher, gefährlicher Eingriff sein kann.

Wie hat man sich nun bei Hirntumoren hinsichtlich der L.-P. zu verhalten?

Nach *E. Neißer* kann man ohne Zweifel in vielen Fällen von Hirntumor auf die L.-P. verzichten und wird dies um so eher tun, als die Diagnose eines raumbeschränkenden Prozesses ohnehin sicher erscheint, ferner auch, wenn Hirnpunktionen zur direkten Aufsuchung des „Herdes" gemacht werden sollen; aber andererseits wird es immer wieder Fälle geben, in denen es zweifelhaft bleibt, ob vorhandene Herdsymptome auf einen raumbeschränkenden Prozeß zu beziehen sind oder nicht. Je mehr eine operative Entfernung von Hirntumoren in den Bereich der Möglichkeit gerückt wird, um so mehr wird man auch zu bedenken haben, daß solche Fälle einen nicht hoch genug zu veranschlagenden Gewinn durch Aufklärung der Diagnose zu erwarten haben, während bei vorhandenem Hirntumor der event. anzurichtende Schaden, wenn auch gewiß nicht gering anzuschlagen, doch nicht im Verhältnis zu dem etwaigen Gewinn steht. Es fragt sich nach *Neissers* Ansicht sehr, ob die bekannten Gefahren der L.-P. beim Hirntumor nicht ganz oder doch erheblich eingeschränkt werden könnten. Er glaubt dies: „Umgekehrt wie bei den Meningitiden wesentlich die Beschaffenheit des Liquor und nicht die Druckmessung diagnostischen Aufschluß bringt, so sollte man nicht vergessen, daß für die in Rede stehenden Fälle nicht sowohl die Beschaffenheit des Liquor als vielmehr die Druckmessung den eindeutigen diagnostischen Nutzen gewährt. Warum entschließen wir uns also nicht, in solchen Fällen nur den Druck zu messen und auf Ablassen von Liquor gänzlich zu verzichten oder uns mit ganz wenigen, in feinen Röhrchen aufzufangenden Tropfen Flüssigkeit genügen zu lassen? Wendet man dann noch das Hg-Manometer an, so kann m. E. eine gefährliche Druckschwankung überhaupt nicht eintreten, und doch werden wir unseren diagnostischen Zweck erreichen."

Eskuchen stellt sich folgendermaßen zu dieser Frage: handelt es



sich um einen Tumor außerhalb der hinteren Schädelgrube, so kann man ruhig punktieren; nur sei man doppelt vorsichtig in jeder Beziehung, lasse also langsam und möglichst wenig Liquor ab, ersetze ihn womöglich durch physiologische Na Cl-Lösung und verlängere die Zeit der strengen Horizontallage auf 48 Stunden. Besteht Verdacht auf einen Tumor der hinteren Schädelgrube, so handele man ebenso, lasse aber nur 1—2 ccm Liquor ganz langsam ab und ersetze ihn auf jeden Fall durch Na Cl-Lösung. Auf keinen Fall darf natürlich, wenn in solchen Fällen kein Liquor kommt, das Hifsmittel der Aspiration angewandt werden; auch die L.-P. im Sitzen hält er nicht für erlaubt. Bei Beobachtung dieser Vorsichtsmaßregeln und bei doppelt strenger Innehaltung der auch sonst nötigen hat er noch keine schweren Folgeerscheinungen, geschweige denn einen Todesfall erlebt. Wenn es trotzdem feststeht, daß alle Vorsichtsmaßregeln keine sichere Gewähr für die Vermeidung von Todesfällen bieten, so scheint ihm dennoch die von verschiedenen Seiten erhobene Forderung, bei intrakraniellen, raumbeengenden Prozessen die L.-P. ganz zu unterlassen, zu weit zu gehen und uns unnötigerweise eines der besten diagnostischen Hilfsmittel zu berauben. Ein gewisses Risiko muß eben mit in Kauf genommen werden.

Quincke selbst hält — wie eingangs erwähnt — Hirntumoren nicht für eine Kontraindikation gegen die L.-P., wenn dieselbe mit gehöriger Vorsicht ausgeführt wird.

Schönbeck verwirft dagegen die L.-P. ganz bei Blutungen in der Schädelrückgrathöhle und bei intrakraniellen, raumbeschränkenden Prozessen, namentlich bei Tumoren der hinteren Schädelgrube. Große Vorsicht ist geboten bei Tumoren innerhalb des Wirbelkanals, bei Urämie, entzündlichen Affektionen des Zentralnervensystems, Hirnabszessen, Arteriosklerose und auch bei Meningitis purulenta. Will man bei intrakraniellen, raumbeschränkenden Prozessen trotzdem punktieren, so muß man strenge Vorsichtsmaßregeln anwenden. Als solche kommen in Betracht:

1. Vorherige 24stündige Bettruhe,
2. Punktion bei tiefliegendem Kopf in Seitenlage,
3. Genaueste Beobachtung der Druckhöhe und Druckschwankungen, permanent oder nach Abfluß von je 2 ccm.
4. 24—48 Stunden Bettruhe nach der Punktion, die ersten 12 bis 24 Stunden mit tiefer liegendem Kopf,
5. Vermeidung von Alkohol und geistiger Aufregung nach der Punktion.
6. Allmählicher Übergang aus der liegenden in andere Stellungen.

Vollkommen zu verwerfen ist jede Aspiration und die ambulante L.-P. Die Gefährlichkeit der L.-P. wird in erster Linie durch die mit ihr verbundene Druckerniedrigung bedingt, die wiederum sekundär zu verschiedenartigen unheilvollen Mechanismen Veranlassung geben kann. Die



praktisch wichtigsten üblen Folgen der L.-P. sind Blutungen ex vacuo und Kommunikationsverlegung.

Daß die L.-P. nicht nur bei Hirntumoren, sondern auch intaktem Zentralnervensystem Veränderungen mit lebenbedrohenden Folgeerscheinungen hervorrufen kann, darüber stellte *Ossipow* an Hunden Experimente an und resümiert die von ihm gewonnenen Resultate folgendermaßen: die Entleerung von Zerebrospinalflüssigkeit mittels der L.-P. erzeugt eine andauernde Hyperämie der Gefäße der Hirnhäute und der Hirn- und Rückenmarksubstanz selbst; bei wiederholten Punktionen treten zahlreiche punktförmige Blutungen auf, die sich besonders häufig in der grauen Substanz der Lumbal-, oberen Dorsal- und unteren Zervikalteile des Rückenmarks und, wenngleich seltener, in der Substanz des Hirnstammes und der Hirnrinde finden; bei der L.-P. mit Anwendung von Aspiration der Flüssigkeit beobachtet man öfter als unter anderen Verhältnissen Blutungen in den Zentralkanal hinein; vorzugsweise im Lumbalteile desselben. Bei wiederholten Lumbalpunktionen geraten auch die Nervenzellen in Mitleidenschaft, was nicht nur durch eine Läsion der Zellen durch Blutungen, sondern auch durch eine Alteration der Verhältnisse der Blutzirkulation und Zellenernährung bedingt ist.

Obschon man die durch den Tierversuch gewonnenen Resultate nicht ohne weiteres auf den Menschen übertragen kann, so glaubt *Ossipow* doch ein Recht zu haben, einige Erwägungen über die therapeutische Anwendung der L.-P. auszusprechen; bei der L.-P., besonders wenn diese mit der Entleerung gewisser Mengen von Zerebrospinalflüssigkeit verknüpft ist, muß man stets die Möglichkeit von Hirnblutungen im Auge haben. Wenn kleine Blutungen auch keine unmittelbare Gefahr für das Leben der Kranken repräsentieren, so können sie doch einen ungünstigen Einfluß auf seine Gesundheit in der Folge äußern.

Nebenwirkungen und ungünstige Folgeerscheinungen der Lumbalpunktion. — Einige Stunden nach der Punktion auftretende Kopfschmerzen sind nicht selten bei Fällen, bei denen die L.-P. negatives Resultat in Bezug auf Erkrankung des Nervensystems ergeben hat. Die Mahnung *Quincke*s, nach jeder L.-P. 24 Stunden Ruhe halten zu lassen, ist ohne Zweifel zu beherzigen. *Neißer* macht besonders darauf aufmerksam, daß bei den meisten diagnostischen Punktionen mehr Flüssigkeit entleert wird, als irgendwie erforderlich ist, und daß das Auftreten nachträglicher Beschwerden durchaus abhängt von der Menge (gewiß auch von der Schnelligkeit) des entleerten Liquors. Die örtlichen Beschwerden an der Einstichstelle sind in der Regel gering, ab und zu sieht man aber doch heftige



Schmerzen im Rücken, mehrtägige schwere Beweglichkeit und Steifigkeit der Lendenwirbelsäule auftreten.

Ursachen: 1. geringe Veränderung an der Stichstelle;

2. Hyperämien und Blutungen im Kanal selbst. Größere Blutungen werden in einzelnen Fällen berichtet, sind aber selten.

Verletzungen der Cauda equina kommen kaum in Betracht, bekannt sind blitzartige Schmerzen im Bein, Parästhesien bei der Punktion, die übrigens belanglosen Zeichen des Anstechens einer Kaudafaser; Herpes zoster, Verwachsungen der Kauda mit der Dura sind als Seltenheiten berichtet.

Nißl bespricht zum Schluß seiner Arbeit über die Bedeutung der L.-P. für die Psychiatrie die Frage, ob die L.-P. bei Geisteskranken zu diagnostischen Zwecken ohne weiteres gestattet sei. Er hebt zunächst hervor, daß der Eingriff eine dauernde Schädigung nicht zur Folge habe. Dagegen treten, wie Versuche an gesunden Personen ergaben, 5—12 Stunden nach der L.-P. eine Reihe von unangenehmen Erscheinungen auf, Kopfschmerz, Übelkeitsgefühl, Brechreiz und Erbrechen; sie verschwanden zum größten Teil in horizontaler Lage, um beim Erheben, oft bei der geringsten Bewegung, besonders bei körperlichen Erschütterungen, wieder hervorzutreten; diese Zustände dauerten in wechselnder Intensität 1 bis 8 Tage. Bei Geisteskranken wurden dieselben Erscheinungen, aber natürlich meist nicht in dieser Reinheit, beobachtet. Die L.-P. schädigt also in vielen Fällen vorübergehend die Gesundheit.

Babcock untersuchte den Liquor cerebrospinalis von Tabikern. Er führte zu diesem Zwecke bei drei Tabikern die L.-P. aus. Bei dem ersten Patienten, bei welchem Hirndrucksymptome bestanden, verschwanden diese nach der Punktion. Bei dem zweiten entwickelte sich nach der Operation die Ataxie erst zu völliger Höhe, während bei dem dritten Patienten, welcher im präataktischen Stadium punktiert wurde, keine nennenswerten Effekte nach der Punktion zu konstatieren waren.

Gumprecht hat in der Regel keine üblen Folgen gesehen. Er beobachtete jedoch zuweilen danach taumelnden Gang und heftige Rückenschmerzen, die aber meist wieder schnell vergingen.

Mongeur hat das Verhalten der Reflexe nach L.-P. untersucht, und zwar an 25 Kranken, von denen 21 an Erkrankungen des Nervensystems, 4 an anderen Affektionen litten. Er fand sehr häufig eine Steigerung der Reflexe bei Erkrankungen des Zentralnervensystems. Die Veränderung der Reflexe war aber so leichter Art, daß nach Ansicht *Mongeurs* die gewöhnliche klinische Prüfung zu ihrer sicheren Feststellung nicht ganz ausreicht, vielmehr müßten die Untersuchungen mit registrierenden Apparaten wiederholt werden. In Tierversuchen ist von anderer Seite eine deutliche Verminderung der Reflexerregbarkeit nach L.-P. konstatiert worden.



Pollak fand bei Eklampsie den Druck im Subarachnoidalraume bedeutend und andauernd gesteigert. Er führt die bei drei Fällen von Eklampsie nach L.-P. aufgetretene Abflachung der Atmung und den hieran anschließenden Atemstillstand nicht auf die L.-P. zurück, sondern auf irreparable Veränderungen im Zentralnervensystem.

Von *Newmark* werden zwei Beobachtungen von Rückenmarksgeschwülsten mitgeteilt, bei denen im Anschluß an eine L.-P. eine bedeutende Zunahme der Lähmungserscheinungen erfolgte. In dem zweiten Fall war dabei kein Tropfen Liquor abgeflossen.

Szmurlo hat in zwei Fällen von Meningitis cerebrospinalis epidemica die L.-P. angewandt mit gutem therapeutischem Erfolg. Im ersten Fall Entleerung von 25 ccm trüber zerebrospinaler Flüssigkeit (Meningococcus Weichselbaumi). Zunächst Besserung, dann wiederum Kephalgie, Delirien, zeitweilige Diplopie. Erneute L.-P. Allmähliche Besserung und Heilung. Beim zweiten Fall wurden mittels L.-P. 50 ccm trüben Liquor cerebrospinalis entnommen (Weichselbaums Meningokokkus). Erst Besserung, dann wiederum Verschlimmerung. Zeitweise Diplopie. Erneute Punktion (50 ccm). Besserung und Heilung. *Szmurlo* hebt bei beiden Kranken die Diplopie, die im ersten Fall am 3. Tage, im zweiten eine Woche nach erfolgter L.-P. (miliare Blutungen im Abduzenskern!) entstand, hervor.

Weiter beschreibt *Sterling* einen Fall von Abduzenslähmung nach einer L.-P. Eine 26jähr. Frau bekam 8 Tage nach einem Wochenbett heftigen Kopfschmerz mit Erbrechen, die 3 Tage ohne Aufhören dauerten. Nach 3 Tagen soll plötzlich eine komplete Lähmung der rechten oberen Extremität aufgetreten sein. Am nächsten Tage traten die ersten angeblich allgemeinen Krämpfe auf, wobei kein Bewußtseinsverlust, dagegen Aphasie bestand; der nächste Krampfanfall war ein typisch *Jackson*scher, und zwar rechts, der zunächst den Unterarm befiel, um sich demnach auf die untere Extremität und nachher auf die Augenmuskeln auszubreiten. Kein Schaum vor dem Munde, kein Bewußtseinsverlust. Der Anfall dauerte einige Minuten an. Solche Anfälle wiederholten sich an demselben Tage mehrere Male. Objektiver Befund am nächsten Tage: Komplete Lähmung der beiden rechten Extremitäten, keine Veränderungen an den Gehirnnerven. Augenhintergrund normal. Patellarreflexe und Augenreflexe beiderseits schwach, Hautreflexe ebenfalls. Babinski rechts deutlich. Nachher überstand Pat. noch drei *Jackson*sche Anfälle, die seitdem aufgehört haben. Ein paar Stunden nach dem letzten Anfall konnte man feststellen, daß Pat. die Finger der vorher gänzlich gelähmten rechten oberen Extremität bewegen kann, und daß Babinski beiderseits vorhanden ist. Schon am nächsten Tage stellen sich leichte Bewegungen in beiden rechten Extremitäten ein, und nach 2 Tagen hat sich die Muskelkraft dieser Extremitäten soweit gebessert, daß nur eine sehr exakte Unterscheidung eine Differenz zwischen links und rechts feststellen konnte.



Damals, da der Kopfschmerz nicht nachließ, führte man L.-P. aus und bekam dabei 7 ccm klaren Liquors, der unter starkem Druck ausquoll. Im Liquor weder Eiweiß noch Lymphozyten. Noch am selben Tage fing Pat. an, über Doppelsehen zu klagen. Am nächsten Tage konnte man schon eine komplete Lähmung des rechten Abduzens feststellen; die anderweitige Untersuchung ergab eine minimale Parese der rechten Extremitäten, rechts Babinski (der linke Babinski verschwand wieder inzwischen). Die Abduzenslähmung bestand 2 Tage in voller Kraft, um nach zwei Wochen gänzlich zu verschwinden. *Sterling* differenziert zwischen Meningitis serosa, Migräne, genuiner Epilepsie, spricht sich aber gegen diese Vermutungen und zugunsten einer zytotoxischen Intoxikation auf Grund regressiver puerperaler Prozesse aus. Die Abduzenslähmung hält er lediglich für ein Ergebnis der L.-P. und stellt einen Zusammenhang der Lähmung mit dem allgemeinen Krankheitsprozeß schon aus dem Grunde in Abrede, daß sie erst dann entstand, als alle Herderkrankungen schon im Abklingen begriffen waren, und daß sie 2 Wochen bestand, nachdem fast alle Erscheinungen zurücktraten. Er betont die außerordentliche Seltenheit einer Abduzenslähmung nach L.-P., da außer diesem nur ein einziger Fall von *Wolff* bekannt sei. Was die Erklärung der Abduzenslähmung anbetrifft, so verwirft *Sterling* sowohl die Erklärung *Wolffs* (subdurales Hämatom und seine toxische Wirkung) als diejenige von *Adam* (Blutung im Abduzenskern) und spricht sich zugunsten der labyrinthär-reflektorischen Theorie von *Bourtier* aus.

Diesen beiden aus der Literatur bekannten Fällen von Abduzenslähmung nach L.-P. kann ich hier noch einen dritten anreihen, den *Hübner* in der Bonner Universitätsklinik beobachtete, und zwar an einem 25 jährigen jungen Arzte, der vor 3 Jahren Lues akquiriert hatte. Er litt an allgemein nervösen Beschwerden und Tabesfurcht. Deshalb bat er, die 4 Reaktionen bei ihm zu machen, (die jedoch sämtlich negativ ausfielen). Zum Zwecke der Liquoruntersuchung wurde vormittags 11 Uhr die L.-P. ausgeführt; dabei traten keine Schmerzen auf. Nach Beendigung der Punktion weigerte der Patient sich, in der Klinik zu bleiben, und fuhr direkt mit der Bahn nach Hause. Dort stellten sich Kopfschmerzen, Erbrechen, Schwächegefühl ein, und er verspürte Schmerzen an der Einstichstelle. Unter Fortdauer des Erbrechens und der Kopfschmerzen aszendierten die Rückenschmerzen, so daß der Patient jedes Segment einzeln fühlte. Nach 8 Tagen trat eine linksseitige Abduzenslähmung auf, die 3 Wochen lang bestehen blieb und dann spurlos verschwand. Desgleichen gingen



die übrigen Folgeerscheinungen bei Bettruhe allmählich wieder zurück.

Interessante Beobachtungen machte jüngst *Eugen Förster* über die Einwirkung der L.-P. auf das weibliche Genitale, worüber bisher keine Beobachtungen mitgeteilt worden sind (Dtsch. med. W. 1919, Nr. 33).

Im ersten Falle wurde eine 28jähr. Frau vormittags 11 Uhr lumbalpunktiert, da sie angab, mehrere Schmierkuren durchgemacht zu haben, ferner während des Krieges nach 4 Fehlgeburten einem syphilitischen Mädchen das Leben gegeben zu haben. Zur Aufklärung der Diagnose wurden etwa 12 ccm Liquor cerebrospinalis durch die L.-P. entnommen. In der auf die Punktion folgenden Nacht abortierte die Patientin. (Sie selbst wußte von der Schwangerschaft nichts, schätzte diese aber auf eine zweimonatige.)

Im zweiten Falle handelt es sich um eine 24jähr. ledige Arbeiterin, die einmal unehelich geboren hatte. Am 6. April 1918 war sie zum letzten Male menstruiert. Anfang Juni 1919 wurde bei der Pat. die L.-P. versucht, mißlang aber wegen ihres ungeheuren Sträubens. Ein zweiter Versuch, einige Tage später, nach einer Skopolamin-Morphiuminjektion brachte trotz dreimaligen Einstichs keinen Liquor. In der Nacht nach diesem zweiten Punktionsversuch stellten sich bei der Pat. nach 14monatiger Pause die Menses wieder ein.

Förster läßt die Frage offen, „ob es sich bei dieser eigenartigen Reaktion von seiten des weiblichen Genitale bei zwei Patientinnen — bei der einen Abort nach L.-P., bei der andern Wiedereintritt der Menses nach mehrmaligem Einstich — um ein zufälliges Zusammentreffen handelt". Denn im Gegensatz dazu führt er noch einen Fall an, wo er bei einer im siebenten bis achten Monat schwangeren Patientin die Punktion ohne irgendwelche Folgen hat ausführen können.

Nonne sah bei einem Material von ca. 3000 Punktionen in 5—10% der Fälle Kopfschmerzen, Übelkeit, Rückenschmerzen während einiger Tage auftreten; zuweilen kann sich sogar ein länger anhaltender heftiger Meningismus einstellen. Meist sind es psychopathische und hysterische, sodann auch gerade die nervengesunden Kranken, bei denen diese Folgeerscheinungen auftreten. Im Gegensatz dazu vertragen die Kranken mit Tabes, Hirnlues, Paralyse, Meningitis die L.-P. fast immer beschwerdefrei; man kann fast sagen, daß eine völlig beschwerdefreie Punktion (noch dazu, wenn die Vorsichtsmaßregeln nicht eingehalten werden und die Kranken schon bald nach der L.-P. wieder umherlaufen) eher für eine Erkrankung des Zentralnervensystems, eine solche mit Nebenerscheinungen aber gegen diese spricht (Hirntumoren ausgenommen). Dieses Verhalten ist nach *Eskuchen* darauf zurückzuführen, daß bei den genannten Erkrankungen des Zentralnervensystems einmal der Liquor vermehrt ist (worauf schon der meist erhöhte Liquordruck hindeutet) und auch rascher wieder ersetzt wird. Auch hysterische Symptome verschiedenster Art



sind nach L.-P. beobachtet und haben sogar in einigen Fällen zu Rentenansprüchen geführt.

Als Ursache für das Auftreten von üblen Folgeerscheinungen nach L.-P. kommt außer den bisher genannten ferner noch der Zusammenhang zwischen Druck des Liquor cerebrospinalis und arteriellem Blutdruck in Betracht. *Roubinowitsch* und *Paillard* bringen ihre Resultate von 60 Beobachtungen, wovon fast die Hälfte Paralytiker waren, über den Druck der Zerebrospinalflüssigkeit und den Einfluß der L.-P. auf den arteriellen Druck. Sie fanden fast stets eine Herabsetzung des arteriellen Blutdrucks nach der L.-P. Nur selten war der Blutdruck nach der L.-P. erhöht. 42 mal war der Blutdruck herabgesetzt, 17 mal erhöht und 5 mal unverändert geblieben.

J. Parisot stellt in gewissen Fällen einen innigen Zusammenhang auf zwischen Überdruck der Zerebrospinalflüssigkeit und einem hohen Blutdruck und der Verlangsamung des Pulses. Er findet, daß nach einer L.-P. nach Abnahme des Druckes der Zerebrospinalflüssigkeit der Blutdruck herabsinkt und Beschleunigung des Pulses zu beobachten ist. Durch Versuche von *Ludwig* und *Thiry* ist festgestellt, daß der Druck der Zerebrospinalflüssigkeit einen Reiz auf die vasomotorischen Zentren ausübt, und daß infolgedessen eine vaskuläre Verlangsamung und eine Vermehrung des arteriellen Druckes auftritt. Nach einer L.-P. wird der Blutdruck herabgesetzt. Sobald bei einer Meningitis cerebrospinalis sich der Liquor cerebrospinalis wieder ansammelt, so steigt auch der Blutdruck. Tritt eine Besserung der Meningitis ein, und nimmt die Menge der Zerebrospinalflüssigkeit ab, so sinkt auch allmählich der Blutdruck herab.

Wir haben nun eine Reihe mannigfacher Schädigungen und Todesfälle aus verschiedener Ursache nach L.-P. kennengelernt und gesehen, daß die Beachtung der Vorsichtsmaßregeln und genaue Kenntnis der eventuell drohenden Gefahren Vorbedingungen für das Gelingen der Operation bezw. für die Vermeidung recht unangenehmer Folgen sind. Von allen Autoren wird der größte Wert auf eine richtige Nachbehandlung gelegt, die im wesentlichen in der Innehaltung strenger Bettruhe besteht. Diese Forderung hat *Quincke* schon bei der Einführung seiner Operation auf Grund seiner theoretischen Erwägungen gestellt, und die langen Jahre reicher praktischer Erfahrung haben die Berechtigung dieses Grundsatzes erwiesen. *Pomeroy* berichtet über die Ergebnisse der Untersuchungen, welche er an Kranken des Manhattan State and City-Hospitals über den diagnostischen Wert der L.-P. angestellt hat. Auf Grund seiner Resultate gelangte



er zu der Ansicht, daß die Punktion nur an Kranken vorgenommen werden sollte, die man im Bett halten kann.

Nach *Eskuchen* treten unangenehme Folgeerscheinungen der L.-P. fast nie ein, wenn der Punktierte mindestens 24 Stunden lang die vorgeschriebene Horizontallage streng beibehält. Es ist dabei schon von Wichtigkeit, daß der Punktierte vom Untersuchungstisch ins Bett getragen wird und nicht etwa selbst hinübergeht. Ohne daß der Patient sich vorher aufrichtet, wird er auf dem Untersuchungstisch in sein Zimmer gefahren und ins Bett gelegt, aus dem zuvor Keil- und Kopfkissen entfernt worden sind. Damit ist die Frage der „ambulanten“ L.-P. von vornherein in verneinendem Sinne entschieden. Dagegen spricht nichts gegen die Vornahme der L.-P. im Privathause.

Literatur.

1. *Babcock, W.*, Symptoms following lumbar punction in tabes dorsalis. Amer. journ. of insan. 1899, Jan.
2. *Pfaundler, Meinh.*, Über Lumbalpunktionen an Kindern. Jahrb. f. Kinderhlkde. Bd. XLIX, H. 2—3.
3. *Gumprecht, F.*, Gefahren der Lumbalpunktion. Dtsche. med. Wschr. 1900, Nr. 24.
4. *Levi-Sirugue, Ch.*, La ponction lombaire. Gaz. des hôpit. 1900, No. 11.
5. *Ossipow, V. P.*, Über die patholog. Veränderungen, welche in dem Zentralnervensystem von Tieren durch die Lumbalpunktion hervorgerufen werden. Dtsche. Ztschr. f. Nervenhlkde. Bd. 19.
6. *Rehder*, Beitrag zur Kenntnis der bes. Augensymptome bei Tumoren des Stirnhirns und der Beeinflussung der Stauungspapille durch die Lumbalpunktion. Inaug.-Diss. Rostock. 1901.
7. *Mongeur, Ch.*, Étude de quelques réflexes après la ponction lombaire. Compt. rend. Soc. de Biol. LV.
8. *Legrain* et *Guiard*, La ponction lombaire contre la céphalée des brightiques. Le Progrès médical. 1903, No. 44.
9. *Mathes, P.*, Ein übler Zufall nach einer Lumbalpunktion. Ztrlbl. f. Gynäk. 1904, Nr. 8.
10. *Müller, L.*, Zwei Fälle von tödlicher Blutung aus einem Hirntumor im Anschluß an Lumbalpunktion. Mitt. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. 1903, Hamburg. Leopold Voß.
11. *Chauffard, A.* et *Boidin, L.*, Un an de ponctions lombaires dans un service hôpitalier. Gaz. des hôpit. 1904, No. 73.



12. *Masing, E.*, Zur Anwendung der Lumbalpunktion bei Hirntumoren. St. Petersburg Med. Wschr. 1904, Nr. 1.
13. *Nißl*, Die Bedeutung der Lumbalpunktion für die Psychiatrie. Ztrbl. f. Nervenhlkde. 1904, April.
14. *Pollak, Emil*, Über Lumbalpunktion bei Eklampsie. Ztrbl. f. Gyn. 1906, Nr. 31.
15. *Szmurlo*, Über die Lumbalpunktion als ein therapeut. Mittel bei der Meningitis cerebrospinalis. Medycyna 1907, No. 9—10 (polnisch).
16. *Pomeroy, J. L.*, The Diagnostic Value of Lumbal Puncture in Psychiatry. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 34, No. 4.
17. *Fankhauser, E.*, Erfahrungen über Lumbalpunktionen bei Geisteskranken. Korrespbl. f. Schweiz. Ärzte 1907, Nr. 2.
18. *Meyers, F. S.*, Bydraje tot de klinische waarde der lumbaalpunctie. Nederl. Tydschr. v. Geneesk. 1908.
19. *Bever, G.*, Plötzlicher Exitus letalis nach Hirnpunktion und Lumbalpunktion bei einem Fall von otogenem Hirnabszeß. Ztschr. f. Ohrenhlk. Bd. LVII.
20. *Roubinowitsch, J.*, u. *Paillard, H.*, La ponction lombaire dans les maladies mentales. Gaz. des hôp. 1910, No. 73.
21. *Sterling, W.*, Ein Fall von Abduzenslähmung nach einer Lumbalpunktion. Warsch. med. Gesellsch. 17. Sept. 1910.
22. *Spiller*, Ein plötzlicher Todesfall nach Lumbalpunktion durch Gehirnblutung. Dtsch. Militärärztl. Zeitschr. 1911, H. 4.
23. *Parisot, J.*, Hypertension céphalo-rachidienne et pression arterielle. Compt. rend. Soc. de Biol. T. LXVI No. 20.
24. *Newmark, L.*, Über im Anschluß an die Lumbalpunktion eintretende Zunahme der Kompressionserscheinungen bei extramedullären Rückenmarkstumoren. Berl. klin. Wschr. 1914, Nr. 43.
25. *Quincke, H.*, Über die therapeutischen Leistungen der Lumbalpunktion. Therap. Mh. 1914, 28, H. 7.
26. *Schönbeck, O.*, Die Gefahren der Lumbalpunktion. Arch. f. klin. Chir. 107 (2.), 309.
27. *Neißer, E.*, Lumbalpunktion und Hirnpunktion. Handb. d. Neurol. von M. Lewandowsky 1910.
28. *Eskuchen, C.*, Die Lumbalpunktion. Verl. Urban u. Schwarzenberg, 1919.
29. Archiv für Psychiatrie 1906, Bd. 41. Sitzungsber. der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten vom 5. Dez. 1904.
30. *Hübner, A. H.*, Über kongenitale Lues. Archiv f. Psych., Bd. 57 1917.
31. *Förster, E.*, Einwirkung der Lumbalpunktion auf das weibliche Genitale? Dtsch. med. Wschr. 1919, Nr. 33.



Betrachtungen über den inneren Zusammenhang der katatonischen Krankheitserscheinungen.

Von Dr. **Carl Lägel,** Anstaltsarzt in Arnsdorf i. Sa. (Direktor Geh. Medizinalrat Dr. *Schulze*).

Die Ursachen der Dementia praecox kennt man bis jetzt noch nicht, ebensowenig können die bisher gefundenen organischen Veränderungen im Gehirn das Bild der Krankheit erklären. Man ist daher darauf angewiesen, die Diagnose aus den psychischen Krankheitserscheinungen zu stellen. Wohl kennt der erfahrene Arzt das Krankheitsbild der Katatonie und seine Symptome, aber es regt sich allüberall das Verlangen, tiefer in das Wesen der Krankheit einzudringen, da unsere Kenntnisse besonders im Interesse der Therapie bisher durchaus nicht befriedigen können. Als kleiner Beitrag in dem Streben nach weiterer Klarlegung und Durchforschung der Krankheit auf rein psychoanalytischem Wege soll das Folgende dienen.

Es soll nämlich versucht werden, die sogenannten Krankheitserscheinungen um ein Hauptsymptom, die Sperrung, zu gruppieren und als von diesem bedingt anzusehen, daß sozusagen alle Krankheitserscheinungen der Katatonie erst durch die Sperrungen hervorgerufen werden. Zur Feststellung dieses Umstandes eignen sich nicht die fortgeschrittenen Fälle, bei denen aus den Folge- und Endzuständen schwerlich noch die Ursachen und Ausgangspuren der Erscheinungen festzustellen sind, sondern zur Erreichung dieses Zweckes führt eher eine Beobachtung der leichteren Fälle von Katatonie, die im gewöhnlichen Umgange mit anderen Menschen vielleicht hier und da nur durch irgendeine Sonderbarkeit auffallen, aber sonst ihrem Berufe nachgehen und ihn voll und ganz erfüllen können, und zwar deshalb, weil sich die inneren Zusammenhänge zwischen dem Hauptsymptom, der Sperrung, und



den Begleitsymptomen leichter feststellen lassen, und weil sozusagen der Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung noch nicht so sehr verwischt ist. Zwar werden unter den Symptomen der Katatonie eine ganze Reihe Krankheitserscheinungen aufgezählt und nicht zuletzt als wesentliches Symptom die Sperrung, jedoch erscheint dieses nicht als Hauptsymtom und die anderen als seine geistigen Folgeerscheinungen.

Im folgenden sind nun Krankheitserscheinungen der Katatoniker der leichtesten Art zwanglos und daher durchaus nicht vollständig aneinandergereiht.

Der junge Mensch mag im Pubertätsalter selbst die Entwicklung seiner Erkrankung in einer eigenartigen, zunächst nach außen hin noch nicht so auffälligen Veränderung seines innersten Wesens beobachten, indem er Sperrungen empfindet, beispielweise bei Jugendspielen und turnerischen Übungen, die sich jetzt in Lähmungen der Entschlußkraft äußern, die ihm zuvor fern lagen und unbekannt waren. Während er zuvor mit einer gewissen Leichtigkeit der Entschlußfähigkeit an jeden Sport und jede turnerische Übung heranging, fühlt er nun, daß er jedesmal eine gewisse innere Sperrung überwinden muß. Und die Sperrung wird nicht als die aus der Angst vor der Schwierigkeit der Übung bedingte Bedenklichkeit empfunden, sondern der davon Betroffene fühlt selbst, daß sich irgendeine undefinierbare Kraft wie Mehltau auf seine Entschlußfähigkeit legt. Die Situationen, in denen sich der Kranke durch seine Sperrungen von nun an behindert fühlt, mehren sich. So kann dieser und jener z. B. in Gegenwart von anderen Personen nicht Wasser lassen, weil die hierzu erforderlichen motorischen Nervenfunktionen durch psychische Sperrungen verhindert werden. Dagegen ist die Sperrung sofort behoben, sobald der Kranke weiß, daß eine zufällige Beobachtung durch andere hierbei ausgeschlossen ist. Trotzdem er in Erkenntnis seiner krankhaften Schwäche sich zwingen will, Wasser zu lassen, ist er doch dazu außerstande, weil eine stärkere Macht, ein sperrender Impuls, der vielleicht vom Unterbewußtsein herstammt, ihn an der Öffnung des Sphincter vesicae hindert. Die Situation scheint eine mannigfaltige Reihe von unbewußten Assoziationen auszulösen, und das Bewußtsein, bei dem Akt des Wasserlassens etwa beobachtet zu sein, bewirkt die bisweilen unüberwindbare Sperrung. Der Sphincter vesicae bleibt also innerviert. Es genügt schon die bloße Einbildung oder ein unbewußtes Empfinden, möglicherweise beobachtet zu werden. Es scheinen also Assoziationen im Unterbewußtsein in dem katatonisch veranlagten Individuum eine Gefühlsseite zu erwecken, die die Sperrung des Sphincter vesicae veranlaßt, dem gegenüber der vom Bewußtsein angeregte Wille unterliegt.

Es ist ferner unter die katatonischen Krankheitserscheinungen ein-



zureihen, wenn in gewissen Situationen das Gedächtnis an bestimmte Worte oder Ereignisse gestört zu sein scheint. Es geschieht dies unter dem Einfluß von Sperrungen, die eine Folge eines Assoziationswirrwarrs im Unterbewußtsein sein können. Auch wollen Bezeichnungen und Namen von bestimmten Persönlichkeiten trotz öftester Wiederholung im Gedächtnisse nicht haften, weil jedesmal wieder Sperrungen die Aufnahme im Gehirn abblassen. Ebenso stellt sich eine solche „Seelenblindheit" im Laufe der Unterhaltung usw. für kürzere oder längere Augenblicke ein, wo der Katatoniker, selbst wenn er sich die größte Mühe gibt, aus innerer Sperrung den betreffenden Stoff nicht in sich aufnehmen kann. Während sich hier die Aufnahme äußerer Eindrücke durch innere Sperrungen bemerkbar macht, zeigt sich auch eine Störung in der Wiedergabe erlebter oder gehörter Ereignisse und Geschehnisse. Irgendeine durch die besonderen Umstände bedingte Situation ruft eine geistige Spannung hervor, die dann beim Katatoniker durch Assoziationsvorgänge im Unterbewußtsein Sperrungen auslöst, die es ihm unmöglich machen, eine Begebenheit im ungezwungenen Zusammenhange wieder zu erzählen, und wo an der Art der Redeweise und der Satzbildung ihm anzumerken ist, daß er sich das, was er erzählen will, zum Teil mit zeitweiligen Erinnerungslücken abquälen muß.

Die Aufnahme äußerer Sinneseindrücke ist aber auch im allgemeinen erschwert. Gehörs- und Gesichtseindrücke werden z. B. trotz gesunder Organe infolge der Sperrungen geistig nur schlecht und mangelhaft aufgefaßt. Dies beeinträchtigt natürlich im hohen Maße die Merkfähigkeit und das Gedächtnis für die stattgehabten Sinneseindrücke. Die natürliche Verarbeitung der Gehörs- und Gesichtseindrücke mit Hilfe eines normalen Assoziationsablaufes findet kaum statt. Die Katatoniker leichteren Grades versuchen sich da mitunter in der Weise zu helfen, daß sie vom Zentrum aus die Bahn freizumachen suchen und sich bemühen, vor ihrem geistigen Auge die eben gehabten schwachen Sinneseindrücke zu reproduzieren und dadurch zu festigen. Es ist also die normale Reflexerregbarkeit der geistigen Funktionen bei äußeren Sinneseindrücken gestört.

Der Katatoniker empfindet, solange er noch werktätiges Glied der menschlichen Gesellschaft sein kann, ein widerstrebendes und beklemmendes Gefühl, wenn er gezwungen ist, sich in eine Gesellschaft zu begeben, wo er sich unterhalten und seiner Stellung gemäß bewegen muß, weil er weiß und fühlt, daß er wegen seiner Sperrungen für die Gesellschaft sowohl in der Unterhaltung wie im gesellschaftlichen Umgang nicht recht taugt. In dem bewußten Gefühl dieser Schwäche geht er zunächst gesellschaftlichen Zirkeln aus dem Wege und widerstrebt, wenn von anderer Seite auf ihn eingewirkt wird, an solchen teilzunehmen. Seine Befangenheit und sein Widerstreben zeigt sich auch im persönlichen Verkehr mit geistig oder gesellschaftlich über ihm Stehenden. Auch hier wieder ver-



ursachen unbewußte Assoziationsvorgänge Sperrungen, gegen die der bewußte Wille machtlos ist. Der Betreffende geht in Erkenntnis seines krankhaften Zustandes darauf aus, solche Begegnungen zu vermeiden. Es fehlt ihm die Natürlichkeit eines frei sich gebenden Menschen. Steigerungen dieser Widerstrebenssucht finden sich dann in den schwereren Fällen, wobei allerdings der innere Zusammenhang zwischen Sperrung als Ursache und Negativismus als Folge nicht mehr festgestellt werden kann. Der Negativismus ist daher nicht als primäres Symptom der Katatonie anzusehen, sondern entwickelt sich erst sekundär aus den Sperrungen.

Der Katatoniker — ich rede nur von denen, die trotz ihrer Krankheit ihren Beruf noch voll und ganz ausfüllen können — lassen, wie gesagt, jegliche Art gesellschaftlicher Talente vermissen. Sie werden in der Unterhaltung gesperrt, d. h. sie erscheinen langweilig und können sich auch nicht so frei und natürlich bewegen, wie sie es gern möchten. Ihre Worte wirken meist seelenlos und gehen nicht von Herz zu Herz. In der Regel folgen sie mit angespanntester Aufmerksamkeit der Unterhaltung, können sich aber selbst nur wenig daran beteiligen, da für sie, die erst die Sperrungen niederkämpfen müssen, ehe sie sich auch zur Sache äußern können, die in der Unterhaltung von allen Seiten vorgebrachten Gedanken zu rasch aufeinanderfolgen. Im allgemeinen wird überhaupt ihre geistige Produktivität und Konzentrationsfähigkeit bei Anwesenheit einer oder mehrerer Personen im gleichen Raume unverhältnismäßig beeinträchtigt. Hier handelt es sich also um geistige Sperrung, deren auslösende Ursache auf der bloßen Anwesenheit einer oder mehrerer Personen beruht. Die Sperrungen haben allem Anschein nach ihre Ursache in mehr oder minder bewußten Assoziationsvorgängen und von diesen hervorgerufenen Gefühlen. Assoziationsvorgänge im Unterbewußtsein machen Stockung und Sperrung im geregelten Gedankenablauf und lassen daher die Art des Katatonikers, sich zu unterhalten, als sprunghaft und bizarr erscheinen. Es kommt kein rechter ungezwungener Fluß in die Unterhaltung.

Der Katatoniker versucht zunächst gegen ihn beherrschende Sperrungen anzukämpfen, solange er dazu noch imstande ist. Die Folge eines Unterliegens im Kampfe ist die geistige Stumpfheit, die Demenz. Bei den Kranken aber, die noch Gegenkräfte gegen die Sperrungen aufzubringen vermögen, treten diese äußerlich sichtbar in der Form von Methoden oder Manieren in die Erscheinung. Man kann sie als Folgezustände der Sperrungen ansehen, durch die die Harmonie in dem Wesen des Kranken zerrissen wird. Daher zeigt auch der Katatoniker leichteren Grades in seinem Verhalten etwas Gekünsteltes. Dadurch, daß die normalerweise sich glatt abwickelnde seelische Reaktion durch Sperrungen aufgehalten und unterbrochen wird, bedarf sie eines neuen wiederholten Willensimpulses, der eine Maniriertheit des Wesens und der Sprechweise zur Folge hat. Man kann sagen, die Manieren entstehen aus der

mehr oder minder bewußten Sucht nach den besten Methoden zur Überwindung der Sperrungen.

Der Katatoniker verbraucht viel mehr geistige Energie als der normale Mensch, weil er seinen Geist durch fortgesetzt erneute Willensimpulse zur Überwindung der Sperrungen anspannen muß, um beim Meinungsaustausch und anderen geistigen Anforderungen standzuhalten, sofern ihn die Krankheit nicht schon allzuweit niedergeführt hat. Er muß infolgedessen seinen Geist mehr anstrengen als einer, bei dem der Gedankenaustausch durch den normalen Ablauf der seelischen Reflexvorgänge erleichtert ist. Es erklärt sich hieraus die stärker oder schwächer auftretende Gespanntheit im Gesichtsausdruck der Katatoniker, die sich bis zur maskenartigen Unbeweglichkeit und zur Starrheit des Körpers steigern kann. Man hat dann den Zustand, in dem der Kranke in sich erstarrt und eine Verständigung mit ihm unmöglich ist. In den frischeren Fällen kann man sich häufig des Eindrucks nicht erwehren, daß es wohl noch in seinem Inneren wogt und kocht, da er von dem Gefühl der Hilflosigkeit gequält wird. In solcher Verfassung besteht auch Neigung zu impulsiven Handlungen. Nebenbei pflegt sich der größere Energieverbrauch, solange der Geist dem Ansturm der Krankheit noch nicht völlig erlegen und abgestumpft, sondern noch besserungfähig ist, wie bekannt. durch Abnahme des Körpergewichts zu dokumentieren.

Ebenso lassen sich das Vorbeireden und die Ideenflucht der Katatoniker als eine natürliche Folge der Sperrungen erklären, die es ihnen schwierig macht, ihren Geist auf eine bestimmte Sache dauernd einzustellen. Es bedarf bei ihnen fortgesetzt erneuter innerer Impulse, und der normale reflexartige Ablauf der Gedankengänge ist gestört. Infolgedessen muß der Katatoniker den Faden des Ideenganges immer von neuem aufnehmen. Aus Lässigkeit oder Ermüdung kann er dann das Wesentliche der Sache im Gespräch übersehen und spricht sozusagen daran vorbei oder zeigt Ideenflucht, indem nunmehr bloß noch Begriffe oder Worte bei ihm Gedanken auslösen, die mit dem eigentlichen Thema nichts oder eigentlich recht wenig zu tun haben. In gleicher Weise folgt daraus, daß er vor allem auch aus dem Rahmen des Gefühlstones, der gerade das Gespräch beherrscht, herausfällt. Seine Worte klingen meist trocken und abgerissen. *Bleuler* [1]) erklärt die Entstehung der Ideenflucht aus dem Fehlen von Hemmungen, die dazu erforderlich sind, um neben der eigentlichen Zielvorstellung aufschießende und nicht dazu gehörige Ideen niederzuhalten. Anders die obige Auffassung: Infolge des durch die Sperrung verschiedentlich unterbrochenen Gedankenganges wird die eigentliche Zielvorstellung mehr oder minder durch Ideen verdrängt, die je nach dem Grade der geistigen Störung einen inneren Zusammenhang mit dem Thema eben noch aufweisen oder vermissen lassen. Hiernach ist also das Vorhandensein der Sperrung die Ursache der Ideenflucht.

[1]) Bleuler, Lehrbuch der Psychiatrie, 1916, S. 52.



Ebenso führen infolge der Sperrung eines geregelten Gedankenablaufs die Ideenverbindungen einen lockeren Reigen auf, der ungebräuchliche Wortzusammenziehungen und Wortbildungen erstehen läßt und die Ideenflucht und das Vorbeireden begünstigt. Wie man oben annahm, daß die Sperrungen durch allzu mächtiges Hervortreten nicht zum Bewußtsein gelangender Assoziationen entstehen und infolgedessen den bewußten Willen unterdrücken, so muß man auch bei den Wortzusammenziehungen eventl. die Ursache in der raschen und regellosen Aufeinanderfolge von Assoziationen erblicken. Der ruhige, normale, geordnete Gedankenablauf ist durch die Situation gesperrt; als Niederschlag von fast unbewußt sich abspielenden Assoziationen sind einige Worte, die in der Absicht, etwas zum Ausdruck bringen zu wollen, nun sinnlos zusammengezogen worden, wie z. B. „trauram“ aus „traurig“ und „grausam“.

Nun ist es bemerkenswert, daß diese Krankheitserscheinung nicht bloß bei den als schwer katatonisch erkrankten Personen vorkommt, sondern auch bei solchen Katatonikern, die im öffentlichen Leben stehen und im übrigen über die volle Kraft ihres Denkvermögens verfügen. Man findet bei ihnen bei genauerem Zusehen alle die genannten Krankheitserscheinungen wie Ideenflucht, Vorbeireden usw. Diese Krankheitserscheinungen pflegen sich in gewissen Situationen mehr oder minder zu steigern, d. h. sich in verschiedenen Graden der geistigen Sperrung zu äußern.

Ätiologie und Prognose der Krankheit sollen hier unerörtert bleiben. Die Tatsache scheint aber zu bestehen, daß nur solche Menschen von der Krankheit befallen werden, die ein sogenanntes schwaches Nervensystem mit auf ihren Lebensweg bekommen haben.

Im Vorstehenden ist versucht worden, den Zusammenhängen der Krankheitserscheinungen der Katatoniker leichteren Grades nachzugehen. Dabei ergab sich, daß es nicht richtig erscheint, die einzelnen Krankheitserscheinungen als etwas für sich Getrenntes anzusehen. Die Symptome gruppieren sich vielmehr alle um das Symptom der Sperrung und entwickeln sich erst aus diesem heraus. Die Sperrung entsteht aber aus einem Durcheinander von bewußten, meist aber unbewußten Ideenassoziationen, wobei der bewußte Wille zurückgedrängt wird und unterliegt.



Zur Behandlung von Psychosen mit großen Aderlässen.

Von Dr. **Günther,** Suttrop i. Westfalen.

Im Jahre 1915 und 1916 wurde in der Heilanstalt Suttrop ein bis dahin nur wenig bekanntes, eigenartiges Heilverfahren zur Heilung von Geisteskrankheiten einer genauen und systematischen Nachprüfung unterzogen. Diese Heilmethode, deren geistiger Urheber Herr Dr. *Oetter* in Kutzenberg in Oberfranken ist, geht davon aus, daß fast alle Geisteskranken an Stauungserscheinungen leiden, die sich auch an der Leiche nachweisen und hier in frischen Fällen starke Hyperämie von Leber und Nieren, Mesenterialgefäßen und Piagefäßen, in chronischen Fällen zirrhotische Prozesse in der Leber, chronische Nephritiden, Leptomeningitis erkennen lassen. Ferner fand *Oetter*, daß im Blute der Geisteskranken stets Gallensäuren vorkämen, was bei Geistesgesunden nicht der Fall sei. Da diese Gallensäuren nun ein blutlösendes Protoplasmagift darstellen, so nimmt *Oetter* an, daß der Krankheitsprozeß bei Geisteskranken eine Vergiftung des Gesamtorganismus darstelle, bei welcher entweder direkt die Gallensäuren oder das durch sie gelöste Hämoglobin toxisch auf die Nervensubstanz einwirke, und daß es wahrscheinlich nur eine Geisteskrankheit gebe, welche je nach dem betreffenden Individuum verschiedene Symptomenkomplexe zeitige.

Diese Schädigungen des geisteskranken Organismus: Blutüberfüllung bzw. -stauung und Stoffwechselgiftwirkung auf das Nervensystem, sucht *Oetter* nun durch ausgiebige Blutentziehungen zu bekämpfen und kombiniert letztere zwecks Erreichung einer Leukozytose und damit besseren Blutregenerierung mit Einspritzungen von Tuberkulin und nukleinsaurem Natron sowie mit einer monatelang durchgeführten Bettruhe und bestimmten Diät.



Mit Hilfe dieser Methode hat *Oetter* nach seinen Angaben eine große Zahl von Psychosen aus dem Gebiet der einfachen Seelenstörung in 5 bis 8 Monaten geheilt oder doch so wesentlich gebessert, daß sie zur Entlassung kommen konnten, und auf diese Weise einen ständigen Rückgang der Krankenziffer an seiner Anstalt erzielt.

Die direkte Veranlassung, daß an der Anstalt Suttrop dem genannten Heilverfahren nähergetreten wurde, gab ein von den behandelnden Ärzten für unheilbar gehaltener Geisteskranker, der in wenigen Monaten durch diese Methode völlig geheilt wurde.

Es handelte sich um einen erblich belasteten Mann, der, nachdem er jahrelang vorher an nervösen Beschwerden gelitten hatte, im Alter von 47 Jahren mit Angstgefühl, Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen erkrankte. Letztere nahmen ganz abenteuerliche, unsinnige, expansive Formen an; Hand in Hand hiermit ging eine zunehmende Gemütsstumpfheit, er verlor jegliche Interessen, zeigte Manieren, vernachlässigte sich in seinem Äußeren, ließ seine Entleerungen unter sich, spielte im Beisein der Angehörigen offen an seinen Genitalien u. ä. Nachdem dieser Krankheitszustand ca. vier Jahre unverändert angehalten hatte und von den verschiedensten Psychiatern prognostisch für absolut infaust beurteilt worden war, wurde der Patient in der Heilanstalt Kutzenberg dem erwähnten Heilverfahren unterworfen und in ca. 6 Monaten so geheilt, daß die vorher gegen ihn ausgesprochene Entmündigung aufgehoben werden mußte, er seine Tätigkeit wieder ausüben und später während des Krieges als Major wieder Dienst tun konnte.

Die Heilung dieses Falles, den man auf dem besten Wege einer fortschreitenden Verblödung wähnte, erregte in den einschlägigen Kreisen lebhaftes Aufsehen und berechtigte besonders bei der Unzugänglichkeit anderer therapeutischer Methoden dazu, das Heilverfahren in größerem Umfange bei anderen geeigneten Kranken anzuwenden, trotz der Warnungen einiger bedeutender Fachärzte, die der Methode großes Mißtrauen entgegenbrachten.

So wurden eine Reihe von frischen wie älteren Psychosen mit verschiedener Prognose behandelt. Da die Kur mit nicht unbedeutenden Eingriffen für den Kranken verbunden war, wurde jeweils die Einwilligung der gesetzlichen Vertreter oder der Angehörigen eingeholt. Zur Behandlung gelangten nur körperlich absolut gesunde Individuen, bei denen insbesondere Tuberkulose ausgeschlossen war (probatorische Tuberkulineinspritzung!).

Die Durchführung der Kur gestaltete sich genau nach den Vorschriften von *Oetter* so, daß den Kranken in den ersten vier Tagen 2600 bis 3000 ccm Blut (also täglich 650—750 ccm), bei schwächlichen Individuen etwas weniger (ca. 500 ccm täglich), durch Aderlaß entzogen wurde, welche Blutentziehung nach 4—5 Wochen noch einmal wiederholt wurde. In der Zwischenzeit erhielten die Kranken wöchentlich je zwei Einspritzungen von abwechselnd Alttuberkulin (steigend von 0,01—0,07 ccm) und 1,0 Natrum nucleinicum, durch welche Einspritzungen mehr oder minder starke Temperatursteigerungen erzielt wurden. Während der ganzen Kur hielten die Kranken Bettruhe und strenge Diät ein (nur Suppen mit Weiß- und Schwarzbrot und 2 l Milch täglich). Nach der zweiten Blutentziehung wurde fleischlose bzw. fleischarme Kost (hauptsächlich Mehlspeisen, Gemüse, Kompott usw.) gereicht, auch wurden die Tuberkulin- und Nukleineinspritzungen noch mehrere Wochen fortgesetzt.

Auf diese Weise — einer unserer Kollegen hatte die genaue Durchführung des Heilverfahrens in Kutzenberg persönlich studiert — wurden in der Heilanstalt Suttrop in den Jahren 1915—1916 im ganzen 55 Geisteskranke behandelt, und zwar zumeist Dementia praecox-Kranke. Von anderen Krankheiten wurden dem Heilverfahren unterworfen:

1 Manie,
3 Fälle von Melancholie,
1 Imbezille,
1 Paralyse,
1 Hysterie.

Die Manie konnte nach 4 Monaten als geheilt entlassen werden, zwei Fälle von Melancholie desgleichen, der dritte verschlechterte sich zusehends, blieb dann stationär, bis er 2½ Jahre später an Grippe starb. Bei der Paralyse zeigt sich keine Besserung, die Kranke starb nach 1 Jahr in einem paralytischen Anfalle. Die Hysterie und die Imbezille wurden günstig beeinflußt, erstere konnte nach 5 Monaten als geheilt, letztere nach 1 Jahre als gebessert entlassen werden. Die Resultate dieser sieben Fälle lassen sich für die Beurteilung des Heilverfahrens nicht verwenden. Daß eine Manie, Melancholie oder Hysterie nach mehrmonatlicher Anstaltsbehandlung zur Heilung kommen kann, ist eine bekannte Tatsache, ebenso daß sich Imbezille durch pädagogische Maßnahmen in der Anstalt mitunter ganz erheblich bessern.

Viel größeres Gewicht mußte dagegen gelegt werden auf die Behandlung der Kranken aus der Gruppe der Dementia praecox, welche nächst der Paralyse den therapeutischen Bemühungen am meisten trotzen. Von diesen Psychosen (Katatonie, Hebephrenie, paranoide Demenz) wurden im ganzen 48 Fälle nach dem *Oetter*schen Verfahren behandelt (28 Frauen und 20 Männer), und zwar sowohl ältere Fälle, welche schon über 2 Jahre lang erkrankt waren und deutliche Zeichen eines mehr oder

weniger ausgeprägten geistigen Verfalles (Schwachsinn) zeigten, prognostisch daher ungünstig zu beurteilen waren, als auch frischere Fälle ohne nennenswerte Defektsymptome mit günstigerer bzw. dubiöser Prognose.

Was die älteren Fälle, insgesamt 22 Kranke, betrifft, so wurde von ihnen kein einziger geheilt. Die große Mehrzahl dieser Kranken, soweit sie am Leben geblieben sind, befinden sich völlig unverändert, d. h. mehr oder weniger verblödet noch in der Anstalt oder sind im Laufe der Zeit als ungeheilt aus derselben entlassen. Eine deutliche Wendung der Psychose zum Schlimmeren im unmittelbaren Anschluß an die Kur sahen wir bei 3 Patienten, welche in ganz rapider Weise verblödeten. Nur zwei Kranke zeigten im Laufe der Zeit eine gewisse Besserung, diese trat allerdings erst 2 Jahre nach der Behandlung ein; ob sie angehalten hat, ist nicht bekannt; beide Patienten sind bereits vor 2 Jahren aus der Anstalt als gebessert entlassen.

Von den 26 frischeren Fällen erzielte die Kur eine langsam fortschreitende Demenz bei 14 Kranken; eine sinnfällige anhaltende Verschlechterung trat in 2 Fällen zutage, während bei 6 Kranken kurz nach der Behandlung eine gewisse Besserung zu konstatieren war. Diese Besserung hielt aber nur bei 2 Kranken länger an, welche als geheilt entlassen werden konnten; bei 4 Patienten erfolgte nach einiger Zeit ein Rückfall in den alten Krankheitszustand. Die übrigen 4 Fälle erfuhren im Laufe der auf die Kur folgenden Jahre (1—4 Jahre) eine gewisse leichte Besserung, ohne daß dabei von einer Heilung zu sprechen ist. Diese wurden 1—4 Jahre nach der Kur als gebessert entlassen.

Was die Wirkung der Kur auf den Körper betrifft, so wurde solche im allgemeinen gut vertragen, die meisten Kranken erholten sich nach den Aderlässen gut, wenn auch z. T. langsam. Unter der vorwiegenden Milchdiät war bei vielen eine deutliche Gewichtszunahme festzustellen. Allerdings muß erwähnt werden, daß bei einer Kranken unmittelbar im Anschluß an die Behandlung sich eine floride Phthise entwickelte, der die Patientin ein halbes Jahr später erlag. Ferner trat bei einer Kranken bald nach der Kur eine Myokarditis zutage, bei zwei anderen Neigung zu Ödemen und bei einer vierten blieb eine gewisse körperliche Schwäche mit Neigung zu Ohnmachten lange Zeit zurück. Außer der bereits erwähnten Phthise fanden sich bei den Behandelten später innerhalb der nächsten 3 Jahre 8 Tuberkulosen, welche alle gestorben sind, so daß von den 55 behandelten Patienten seit 1915/16 bis jetzt 16,4 % an Tuberkulose gestorben sind. Die übrigen nach der Kur gestorbenen sind interkurrenten Krankheiten (Darmkatarrh, Grippe, Erschöpfung, paralyt. Anfall) erlegen.

Die vorstehenden Ergebnisse sprechen nicht zugunsten des *Oetter*schen Heilverfahrens; die überwiegende Mehrzahl der Fälle blieben psychisch völlig unbeeinflußt, fünf Fälle zeigten eine



deutliche Verschlechterung. Bei den wenigen Besserungen ist nicht auszuschließen, daß sie nicht auch ohne die Kur eingetreten wären, zumal die Besserung bei keinem der Kranken früher als ein Jahr nach der Kur einsetzte. Dasselbe gilt von den beiden Kranken, die 6 bis 9 Monate nach der Behandlung als geheilt entlassen werden konnten (kataton. Stupor und Hebephrenie).

Bei dem eingangs erwähnten Fall von Heilung halte ich es für wahrscheinlich, daß sich die behandelnden Ärzte in der Prognose geirrt haben, sind doch wohl jedem Psychiater Fälle von anscheinend unheilbaren Psychosen bekannt, die wider Erwarten noch nach Jahren zur Ausheilung kommen.

Wenngleich die Kur körperlich von den meisten Patienten zunächst gut vertragen worden ist, so gibt doch die Zahl der späteren Tuberkulosefälle zu denken Anlaß, vielleicht auch die übrigen oben ausgeführten Komplikationen, welche nach der Kur aufgetreten sind; ähnliche Bedenken gegen diese mit ziemlich heroischen Eingriffen verbundene Behandungsmethode wurden auch auf der 40. Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden 1915 geäußert.

So haben sich die Hoffnungen, die hier dem Heilverfahren anfänglich entgegengebracht worden sind, leider nicht erfüllt; an der hiesigen Anstalt ist man durch die gemachten Erfahrungen von der Erfolglosigkeit des Verfahrens, nicht aber von seiner Unbedenklichkeit und Harmlosigkeit überzeugt worden.

Wir wenden das Verfahren heute nicht mehr an und bescheiden daraufhinzielende Anträge von Angehörigen, welche von den Erfolgen der Kur gehört haben, stets ablehnend.



Zur Frage der Ehescheidung wegen Geisteskrankheit.

Eine Kritik des § 1569 des BGB[1]).

Von

Hermann Hoffmann, Assistenzarzt der Klinik.

Vor der Einführung des BGB. waren in der Gesetzgebung der einzelnen Teile Deutschlands über „Geisteskrankheit als Ehescheidungsgrund" die verschiedensten Auffassungen[1] vertreten. Im Gebiete des Code civil konnte wegen Geisteskrankheit eines Ehegatten eine Ehe nicht geschieden werden. In der Provinz Hannover u. a. Gebieten vertrat die Gesetzgebung einen etwas milderen Standpunkt; Geisteskrankheit konnte Ehescheidungsgrund sein, aber nur dann, wenn sie nachgewiesenermaßen selbstverschuldet war. Unter Nichtachtung dieses moralischen Gesichtspunktes entschied das preußische Landrecht, daß Geisteskrankheit, auch wenn nicht selbstverschuldet, als Ehescheidungsgrund anzusehen sei. Dem preußischen Landrecht schlossen sich u. a. die Gesetzgebungen von Baden, Kurhessen und Sachsen an. Allen gemeinsam war das Kriterium der wahrscheinlichen Unheilbarkeit der Geisteskrankheit, während die zeitliche Grenze der Krankheitsdauer, welche als Vorbedingung der Scheidung gegeben sein mußte, zwischen einem und drei Jahren schwankte.

Offenbar hatten sich in den Landesteilen, die in ihrer Gesetzgebung die Geisteskrankheit als Ehescheidungsgrund nicht aufgenommen hatten, gewisse Nachteile geltend gemacht.

Bezeichnend hierfür sind die Ausführungen des Dr. *Hasse*[2], Direktor der Landesirrenanstalt von Braunschweig, der an der Hand von 3 Fällen

1) Aus der Universitätsklinik für Gemüts- und Nervenkrankheiten Tübingen, Dir.: Prof. Dr. *Robert Gaupp*.



auf die Unzulänglichkeit eines derartigen Gesetzes hinweist. Einmal nahm der gesunde Ehemann zur Führung seines Haushaltes und zur Erziehung seiner Kinder eine Haushälterin zu sich, mit welcher er bald in Konkubinat lebte und uneheliche Kinder zeugte. Im zweiten Fall fielen die Kinder körperlicher und geistiger Verkommenheit anheim, da der Vater tagüber seiner Arbeit nachgehen mußte und so die Kinder sich selbst überlassen blieben. Der dritte Fall betrifft die gesunde Ehegattin, welcher durch Eingehung einer neuen Ehe die materiellen Sorgen erspart bleiben könnten, denen sie und ihre Kinder durch die Geisteskrankheit des Mannes ausgesetzt sind.

Diese oder ähnliche soziale Mißstände bildeten wohl die Triebkräfte, welche zur Aufnahme der Geisteskrankheit als Ehescheidungsgrund in den Entwurf des BGB. Veranlassung gaben. In zwei Lesungen wurde vor allem aus Gründen moralischer Auffassung der Ehe als einer religiös-sittlichen Institution in der Reichstagskommission die Scheidung wegen Geisteskrankheit abgelehnt. Erst in dritter Lesung siegten mehr praktische Bedürfnisse, welche die Zulassung der Ehescheidung wegen Geisteskrankheit, wenn auch unter gewissen Einschränkungen, unbedingt verlangten. Damals wurde die heute gültige Fassung festgelegt wie sie der § 1569 des BGB. enthält. Wir sehen, wie die Formulierung des Gesetzes etwa die Mitte zwischen den beiden Extremen der genannten früheren Gesetzgebungen einhält, wobei jedoch das im übrigen sonst streng gewahrte Verschuldungsprinzip in diesem Falle gänzlich ausgeschaltet wird.

§ 1569: „Ein Ehegatte kann auf Scheidung klagen, wenn der andere Ehegatte in Geisteskrankheit verfallen ist, die Krankheit während der Ehe mindestens drei Jahre gedauert und einen solchen Grad erreicht hat, daß die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen ist.“

Die Geisteskrankheit, welche zur Ehescheidung führen kann, muß also

1. während der Ehe mindestens 3 Jahre gedauert haben,
2. zur Zeit der Ehescheidung einen solchen Grad erreicht haben, daß die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben ist,
3. jede Aussicht auf Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft ausschließen.

Bei Beurteilung der Frage, ob sich der § 1569 vom Standpunkt des Gerichtsarztes aus bewährt hat, werden wir zunächst



die juristische Auslegung desselben betrachten müssen, um dann an Hand der verschiedenen Krankheitsbilder die Brauchbarkeit der einzelnen Bedingungen zu prüfen.

Eine Begriffsbestimmung der Geisteskrankheit ist im Gesetz nicht vorgesehen. Es ist daher die Frage aufgeworfen, was der Ausdruck Geisteskrankheit im Sinne des § 1569 bedeute. In der RGE. vom 5. Mai 1902 [3] heißt es: „Ebensowenig wie bei der Frage der Entmündigung soll bei der Ehescheidung mit dem Ausdruck Geisteskrankheit eine klinische Diagnose gegeben werden". Es soll damit aber auch nicht gesagt sein, daß der Begriff Geisteskrankheit sich mit dem in § 6 BGB. [1]) angewandten und somit mit dem der völligen Geschäftsunfähigkeit unter allen Umständen vollständig deckt. Im allgemeinen steht das Reichsgericht, und zwar wohl entsprechend den tatsächlichen Verhältnissen, auf dem Standpunkt, daß die geistige Gemeinschaft nur dann aufgehoben sein wird, wenn auch Geisteskrankheit im Sinne des § 6 BGB. vorliegt, während das bei Geistesschwäche nicht der Fall ist. Die Begriffe „Geisteskrankheit" und „Geistesschwäche" im Sinne des § 6 sind nicht medizinisch, sondern rein juristisch aufzufassen; sie bezeichnen nur Gradunterschiede der geistigen Störung, die verschiedene Rechtsfolgen mit sich bringen. Der wegen Geisteskrankheit Entmündigte ist vollkommen geschäftsunfähig, der wegen Geistesschwäche Entmündigte besitzt noch eine beschränkte Geschäftsfähigkeit gleich dem Minderjährigen.

Nehmen wir an, daß in der Terminologie des BGB. konsequent verfahren ist, so scheint mir die Auffassung *Lenels* [4] wohl berechtigt, daß auch im § 1569 nur eine schwerere Erkrankung in Betracht kommt, die im Falle der Entmündigung zu völliger Entziehung der Geschäftsfähigkeit führen würde. Doch gibt es auch Urteile, die dem widersprechen. So heißt es in der RG.-Entscheidung vom 8. Mai 1905 [5], daß die Anwendung des § 1569 auch bei nur partiellem Wahnsinn nicht ausgeschlossen sei, selbst dann nicht, wenn dem geisteskranken Ehegatten noch die Fähigkeit verblieben sei, die meisten bürgerlichen und Vermögensangelegenheiten zu besorgen. Immerhin wird in den meisten Fällen derjenige, der im Sinne des Gesetzes noch geschäftsfähig ist, kaum als geisteskrank im Sinne des § 1569 bezeichnet werden können.

Daß jedoch nicht nur bei Geisteskrankheit, sondern auch bei Geistesschwäche im Sinne des § 6 BGB. die Bedingungen für den § 1569 gegeben sein können, geht aus einem Urteil des Landgerichts Darmstadt vom 17. Mai 1904 hervor [6]. Der Beklagte, der immer außerhalb einer Anstalt lebte und nach wie vor seinen Beruf ausübte, war vor Jahren wegen Geisteskrankheit entmündigt. Durch lebhafte Bemühungen erreichte

---

[1]) Entmündigt kann werden: 1. wer infolge von Geisteskrankheit oder Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag.

er es später, daß die Entmündigung wegen Geisteskrankheit aufgehoben wurde und die Entmündigung wegen Geistesschwäche an ihre Stelle trat. Darauf nach wiederum 2½ Jahren wurde derselbe Ehemann von derselben Zivilkammer für geisteskrank erklärt und die Ehe geschieden. Ein derartiger Gang der gerichtlichen Entscheidungen ist nicht so sehr selten. Wir werden uns darüber um so weniger wundern, wenn wir uns überlegen, daß Ehescheidung und Entmündigung letzten Endes nichts miteinander gemein haben und ihrem Wesen entsprechend ganz verschiedene Vorbedingungen verlangen. *Bresler* [7] hat mit Recht darauf hingewiesen, daß der Begriff „geisteskrank" als Gradbezeichnung in § 6 [1] bei jemand angewendet wird, der seine Angelegenheiten nicht zu erledigen vermag, in § 1569 jedoch bei jemand, der auch die Interessen anderer und zwar bestimmte, kennen und zu vertreten imstande sein muß. Es ist sehr wohl denkbar, daß ein zu scheidender Ehegatte durch eine geistige Erkrankung verhindert ist, „die Interessen des gesunden Ehegatten zu verstehen und zu wahren, z. B. wenn er ihn für seinen Feind hält, dabei wohl imstande ist, seine Angelegenheiten zu besorgen". Die Frage, ob geisteskrank oder geistesschwach im Sinne des § 6, braucht demnach logischerweise garnicht aufgeworfen zu werden, sie ist sowohl für den Juristen wie für den Psychiater ganz gegenstandlos. Es ist nach diesen Ausführungen selbstverständlich, daß die Ehescheidung wegen Geisteskrankheit einer vorausgehenden Entmündigung wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche nicht bedarf. Der logische Widerspruch zwischen der Terminologie des § 6 und § 1569 bezüglich des Begriffes „Geisteskrankheit" ist nicht zu leugnen. Offenbar vertritt die Auffassung *Hoche*s [6] den richtigen Standpunkt, daß der Gesetzgeber mit dem Ausdruck „Geisteskrankheit" nur die geläufigste Bezeichnung für Psychose überhaupt gemeint hat, ohne die im § 6 gemachten Gradunterschiede zu berücksichtigen.

Die Tatsache der Geisteskrankheit eines Ehegatten genügt nun nicht für sich allein, um das Recht auf Scheidung zu geben, vielmehr ist eine besonders qualifizierte Geisteskrankheit erforderlich. Zunächst einmal muß dieselbe während der Ehe drei Jahre gedauert haben. Über die zeitliche Bestimmung des Beginns der Psychose können Meinungsverschiedenheiten bestehen. Das Oberlandesgericht Jena hat in einer Entscheidung vom 20. Nov. 1902 [8] sich dahingehend ausgesprochen, daß der Zeitpunkt des Beginnes der Geisteskrankheit von dem Augenblick an zu rechnen sei, in dem erstmals das Vorliegen einer Geisteskrankheit festgestellt wurde, nicht schon von dem Zeitpunkt ab, in dem schon irgendwelche Symptome hervortraten. *Hübner* [9] versucht diese Auffassung durch ein Beispiel verständlich zu machen: Bei einem Paralytiker könne z. B. das neurasthenische Vorstadium (Nervosität, Gereiztheit, nörgelndes Wesen, Ermüdbarkeit) nicht im Sinne des Gesetzes schon als Stadium der Psychose gelten; diese dürfe vielmehr erst von dem Moment ab gerechnet werden, in dem sich zum erstenmal greifbare Symptome seelischer



Veränderung (z. B. paralytische Erregung, manisches Syndrom) zeigten. Die medizinisch-biologische Auffassung vom Beginn der Erkrankung deckt sich also keineswegs mit der juristischen. Vielmehr darf eine geistige Erkrankung im Falle der Ehescheidung im Sinne des Gesetzes erst von dem Moment an gerechnet werden, in dem sie auch nach außen hin als Geisteskrankheit imponiert; dann kommt ja überhaupt erst eine Beeinträchtigung der Gemeinschaft zwischen den Ehegatten in Frage. Die Psychose kann auch schon vor der Ehe begonnen haben; jedoch ist Vorbedingung zur Ehescheidung, daß sie während der Ehe mindestens 3 Jahre gedauert hat. Nach *Lenel*[4] ist hierunter ununterbrochene Dauer zu verstehen. Lichte Zwischenräume können, seiner Ansicht nach, als Unterbrechungen nur dann gelten, wenn während des Zwischenraumes die Krankheit wirklich geschwunden, der neue Anfall also ein Rückfall war, nicht dagegen, wenn die wiederholten Anfälle bloße Symptome einer im Innern stets vorhandenen, also dauernden Krankheit waren. Dies ist wohl die heute allgemein gültige Auffassung, wenn auch gelegentlich besonders von psychiatrischer, aber auch von juristischer Seite bezweifelt wurde, ob unter der dreijährigen Dauer eine ununterbrochene verstanden werden müsse. Mit Recht tritt *Bresler*[7] dafür ein, daß diese Unsicherheit durch präziseren Wortlaut des Gesetzes auszumerzen durchaus nötig sei.

Die übliche Auffassung von der ununterbrochenen Dauer der Geisteskrankheit bietet dem Gerichtsarzt im großen und ganzen keine Schwierigkeiten. Gewisse Schwankungen, wie sie bei der Paralyse und anderen chronischen Erkrankungen z. B. der Dementia praecox vorkommen können, spielen keine Rolle, da bei event. Remissionen von einer vollständigen Heilung dieser Erkrankungen keine Rede sein kann. Auch die Epilepsie, soweit sie mit schweren Begleiterscheinungen (Dämmerzuständen, Delirien) sowie typisch epileptischer Persönlichkeits- und Charakterveränderung einhergeht, wird sich ohne weiteres als Geisteskrankheit von ununterbrochener Dauer eingliedern lassen. Weniger eindeutig liegen die Verhältnisse bei der großen Gruppe der zirkulären Erkrankungen, dem manisch-depressiven Irresein. Diese werden nur dann der Bedingung der ununterbrochenen Dauer genügen, wenn die einzelnen Krankheitsphasen ohne längere Intervalle vollkommener Gesundung ineinander übergehen, wenn die beiden Extreme krankhafter Gemütsveränderung in stetem Wechsel sich ablösen. Die dreijährige Dauer der Psychose wird in den meisten Fällen, wenn die genannten Bedingungen festliegen, leicht abzuschätzen sein. Hinsichtlich der Frage, ob zur Zeit der Urteilsfällung oder zur Zeit der Einreichung der Klage die Frist verstrichen sein muß, ist auf eine gerichtliche Entscheidung des Oberlandesgerichts in K.[10] hinzuweisen: die Geisteskrankheit muß während der Ehe mindestens drei Jahre gedauert haben. Diese drei Jahre sind von dem Zeitpunkt des Urteils, nicht der Klageerhebung zurückzurechnen.



Betrachten wir nun vom Standpunkt des Gerichtsarztes die Berechtigung dieser dreijährigen Frist. Wie schon *Kreuser*[4] nachdrücklich betont hat, liegt bei der Frage der Ehescheidung der Schwerpunkt der ärztlichen Aufgabe weniger in ihrer Häufigkeit, als in der Verantwortlichkeit für jeden einzelnen Fall. Da sich Ehescheidungen nicht rückgängig machen lassen, erhält hier wie nirgends sonst in der gerichtlichen Psychiatrie die Prognose eine ganz besondere Bedeutung. Zweifellos ist die Frist von 3 Jahren gewählt, um im Verein mit den übrigen Voraussetzungen des § 1569 die Schwierigkeiten der prognostischen Beurteilung zu mindern. „Dreijährige Krankheitsdauer und der geforderte Krankheitsgrad bedingen chronischen Verlauf und schwere Veränderungen (*Kreuser*)". Außer bei schweren organischen Gehirnaffektionen, die von vornherein im Sinne des § 1569 eindeutig zu werten sind, wird es kaum psychische Erkrankungen geben, bei denen nicht der gewissenhafte Begutachter im Interesse des Geisteskranken die gesetzlich festgelegte Krankheitsdauer begrüßen wird. Abgesehen von einzelnen Erkrankungen, z. B. der progressiven Paralyse, bei der übrigens bekanntermaßen auch weitgehende Remissionen vorkommen können, wird es in sehr vielen Fällen unmöglich für den Arzt sein, in kürzerer Frist sich von der mutmaßlichen Prognose ein Bild zu machen. Es ist daher diese erste Voraussetzung als Ergänzung der übrigen nicht nur gerechtfertigt, sondern unbedingt erforderlich.

Die nächste Bedingung des § 1569 betrifft die Aufhebung der geistigen Gemeinschaft zwischen den Ehegatten durch die Geisteskrankheit des einen Teils. Von jeher bildete diese Frage sowohl in psychiatrischen, doch mehr noch in juristischen Kreisen einen lebhaften Streitfall. Die „geistige Gemeinschaft" hat im Laufe der Jahre die verschiedensten Definitionen erfahren. Nicht zum wenigsten ist dies dem unbestimmten, sehr allgemein gehaltenen Begriff zuzuschreiben, der manche Zweifel in der Auffassung mit sich bringen muß. Ich kann mich der Ansicht *Hoches*[6] nicht anschließen, daß sich trotzdem „dank einer ausgiebigen Rechtsprechung mit zum Teil sehr eingehenden und kritisch gehaltenen Begründungen eine gewisse Einheitlichkeit der Auffassung ausgebildet" hat. Im wesentlichen trifft wohl die Be-

obachtung *Hübners*[9] das Richtige, der bei chronologischer Betrachtung feststellen konnte, daß im Laufe der Jahre eine mehr oder weniger mildere Auffassung allmählich sich durchgerungen hat. Immerhin finden wir sowohl in der Literatur wie auch bei gerichtlichen Entscheidungen der neueren Zeit manchmal extrem verschiedene Definitionen der geistigen Gemeinschaft, die oft eine große Härte für den gesunden Ehegatten in sich bergen.

Wohl aus dem Grunde, „weil während der Parlamentsverhanlungen von den Anhängern des § 1569 vielfach mit dem Begriff „geistiger Tod" als einem Analogon des „körperlichen Todes" argumentiert worden ist, wurde von mancher Seite gefordert, „daß nur geistiger Tod, d. h. volle Verblödung des einen Ehegatten die Ehescheidung möglich mache" (*Mach*[11]). So heißt es in einer Entscheidung des Oberlandesgerichts Karlsruhe vom 2. 5. 1901[12]: Das Gericht hält nach der Entstehung des § 1569, der im Reichstag erst in dritter Lesung und mit schwacher Mehrheit angenommen wurde, die Annahme für berechtigt, daß unter „Aufhebung der geistigen Gemeinschaft zwischen den Ehegatten" nichts anderes gemeint sei, als was unter dem bildlichen Ausdruck „geistiger Tod" zu verstehen sei, also ein Zustand völliger Geistesumnachtung, völlige Verblödung, ein Zustand animalischen Hinvegetierens, in welchem die Kranken das Bewußtsein vom Bestehen einer Ehe verloren hätten. Ähnlich lautete eine Entscheidung des Oberlandesgerichts Köln vom 23. 3. 1901[13], nach welcher „der Mangel des Bewußtseins der mit dem anderen Gatten gemeinsamen Interessen und des Willens, diesen nach Kräften zu dienen, nicht genügt, vielmehr nur der geistige Tod, also ein Zustand, in welchem der Kranke die Scheidung nicht mehr empfindet". Doch nicht nur aus den ersten Jahren seit Inkrafttreten des BGB. finden wir derartige von unbegreiflicher Härte gegen den gesunden Ehegatten diktierten Urteile, sondern auch später noch lassen manche Entscheidungen sich von einer allzu großen Rücksichtnahme auf den geisteskranken Ehegatten leiten. Das Hanseatische Oberlandesgericht (Hamburg) entscheidet am 7. 5. 1909[14] ebenfalls, daß „völlige Umnachtung des Geistes", „geistiger Tod" erforderlich sei, welcher dem kranken Ehegatten das Bewußtsein nimmt, von dem andern Teil lieblos verlassen zu sein". Ähnlich äußert sich ***v. Planck***[15], der ausdrücklich betont, daß die Absicht des Gesetzgebers dahingehe, die Ehescheidung wegen Geisteskrankheit möglichst zu erschweren und sie auf die Fälle zu beschränken, in welchen dem zu scheidenden geisteskranken Teile sicher keinerlei Schaden erwachse und er die Härte einer solchen Scheidung garnicht mehr fühle. „Die geistige Gemeinschaft besteht solange, als der geistig erkrankte Ehegatte eine Betätigung der Liebe von dem andern Ehegatten noch empfinden kann".

Eine bedeutend mildere Auffassung finden wir in *Staudingers* Kommentar zum BGB. 1910, die sich in schroffen Gegensatz stellt zur genannten



Entscheidung des Oberlandesgerichts Köln, in welcher vom „geistigen Tod“ die Rede ist. Er definiert die geistige Gemeinschaft als „Sorge um das gegenseitige Wohlergehen, die Teilnahme an dem Geistesleben des andern Ehegatten und insbesondere das Interesse an der körperlichen, geistigen und sittlichen Entwicklung der gemeinschaftlichen Kinder“. „Die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten ist aufgehoben, wenn alle diese Fragen für den geisteskranken Ehegatten nicht mehr existieren“. Etwa der gleiche Standpunkt wird in der ständigen Rechtsprechung des Reichsgerichts (Jur. Wochenschr. 1901, S. 297; 1902, Beil. S. 244; 1903, Beil. S. 28; 1905, S. 395) vertreten. Unter geistiger Gemeinschaft zwischen den Ehegatten wird hier eine von dem Bewußtsein sittlicher Rechte und Pflichten getragene Gemeinschaft verstanden, bei der die Ehegatten zu gemeinsamem Denken und Fühlen befähigt sind. Diese Auffassung ist insofern von Bedeutung, als sie bei den meisten Gerichtsentscheidungen als Grundlage angezogen wurde (s. *Mach* [11]). In einer Reihe dieser Entscheidungen wird ausdrücklich betont, daß das Bewußtsein von dem Bestehen des ehelichen Bandes allein nicht die geistige Gemeinschaft erfülle; eine Tatsache, die für die Vertreter des geistigen Todes schon genügen würde, um den § 1569 abzulehnen. Ferner ist entsprechend der genannten Auslegung des RG. vereinzelt von den Gerichten darauf hingewiesen worden, daß die Lösung der geistigen Gemeinschaft nicht schon dann gegeben sei, wenn ein tatsächliches Getrenntleben der Eheleute durch die geistige Erkrankung des einen von ihnen verursacht werde. So entscheidet das Oberlandesgericht Zelle in einer Urteilsbegründung vom 5. 3. 1907 [16], daß die geistige Gemeinschaft nicht deswegen als aufgehoben gelten könne, weil der geisteskranke Ehegatte vermöge seines Zustandes Zeit seines Lebens in der Anstalt verbleiben müsse. In einem solchen Falle könne unter Umständen eine geistige Gemeinschaft insofern ermöglicht werden, als der gesunde Ehegatte durch Besuche und Briefwechsel den dem Geisteskranken verbliebenen Rest der Fähigkeit zu gemeinsamem Denken und Fühlen zur Betätigung veranlassen könne. Das Gericht stellt sich ganz allgemein auf den Standpunkt, daß die Gründe, aus denen ein Geisteskranker lebenslänglich in einer Anstalt verbleiben müsse (Fehlen der entsprechenden Pflege und Wartung in der Familie, Unfähigkeit der Besorgung von Vermögensangelegenheiten), keinen Beweis erbringen könnten, daß Verlust des Verständnisses für die durch das eheliche Verhältnis auferlegten Pflichten vorliege. Demnach kommt dauernde Anstaltsbedürftigkeit nach der juristisch einschlägigen Auffassung für die Bewertung der geistigen Gemeinschaft als Kriterium nicht in Betracht. Vielmehr ist allein der Zustand des geisteskranken Ehegatten hinsichtlich der Frage der geistigen Gemeinschaft maßgebend. Dabei ist nun nicht allein das Verhalten desselben in der Anstalt in Betracht zu ziehen. In der Entscheidung des Oberlandesgerichts Königsberg vom 3. 2. 1902 [17] finden wir die für manche Psychosen äußerst wichtige Bemerkung, daß bei Fest-



stellung des Grades der Erkrankung nicht bloß das Verhalten des Kranken zu berücksichtigen sei, wie es sich unter dem Einfluß des längeren Aufenthaltes in der Irrenanstalt entwickelt habe. Es wird darauf hingewiesen, daß „das behagliche Leben in der Anstalt das Befinden des Kranken günstig beeinflußt, in der Anstalt auch wenig Anreiz und Gelegenheit zu augenfälligen Exzessen gegeben ist". Haben wiederholte Beobachtungen gezeigt, daß das Verhalten des Kranken außerhalb der Anstalt regelmäßig ein ungünstigeres hinsichtlich der Gemeinschaft in der Ehe ist, so ist letzteres bei der Beurteilung zugrunde zu legen. Nur einmal habe ich in der Literatur diesen Standpunkt vertreten gefunden, der zweifellos praktisch außerordentlich wichtig und eigentlich ärztlich selbstverständlich ist.

Einen neuen Gesichtspunkt bringt die Erklärung der geistigen Gemeinschaft von Prof. *Lenel*[4], der außer dem gemeinsamen Denken und Fühlen, dem „übereinstimmenden Bewußtsein gemeinsamer Interessen", noch den bei beiden Ehegatten übereinstimmenden Willen verlangt, diese Interessen zu fördern. Nicht nur das Verständnis und Empfinden für die sittlichen Pflichten der Ehe muß seiner Auffassung nach bei dem geisteskranken Ehegatten aufgehoben sein, sondern auch der Wille zur Betätigung und Förderung der durch die Ehe begründeten gemeinsamen Interessen. Er möchte mit dieser Definition das Wesen der geistigen Gemeinschaft festlegen, wie sie durch die Ehe in abstracto gefordert werde. Wenn auch in den verschiedenen Ehen die geistige Gemeinschaft von den Ehegatten gewiß sehr verschieden aufgefaßt werde, die Ansicht von den durch die Ehe begründeten sittlichen Pflichten eine sehr verschiedene sei, so hält er eine Berücksichtigung dieses individuellen Momentes für unmöglich, da sich der Feststellung des ethischen Niveaus einer Ehe meist unüberwindliche Schwierigkeiten entgegenstellen.

Dieser Definition schließt sich u. a. das Oberlandesgericht Colmar[18] an: Getrennt sein muß...... das Band, das die Eheleute zur bewußten und gewollten Erfüllung des sittlichen Zweckes der Ehe verbindet. Ein Ehegatte aber, dessen Gedankenkreis infolge seiner geistigen Erkrankung sich soweit demjenigen des anderen Ehegatten entfremdet, daß er mit diesem nicht mehr zum Erreichen jenes Zweckes zusammenwirken kann, ist unfähig in der geistigen Gemeinschaft mit ihm zu bleiben.

Beachtenswert ist es, daß *Lenel* bei seiner Definition der „geistigen Gemeinschaft" als einer im Geist, d. h. im Bewußtsein und Willen bestehenden Gemeinschaft eine Scheidung dann nicht für zulässig hält, wenn zwar bei dem Kranken das Familieninteresse, das Interesse am Wohl des anderen Ehegatten und der Kinder noch vorhanden ist, er aber durch sein Verhalten gerade das Familieninteresse auf das äußerste gefährden sollte. Dies läßt sich nach *Lenels* Ausführungen logisch nur so verstehen, daß der betreffende Kranke zwar den Willen zur Förderung der gemeinsamen Interessen besitzt, aber nicht die Fähigkeit hat, seinen Willen zweckentsprechend in die Tat umzusetzen. Zweifellos gehört aber zu einer



vollwertigen geistigen Gemeinschaft nicht nur der Wille, sondern auch die Fähigkeit seiner entsprechenden Willensäußerung. Dieser Auffassung wird die Definition *Hoches*[6] gerecht, der von der geistigen Fähigkeit redet, „die durch die sittlichen Grundlagen der Ehe begründeten beiderseitigen Pflichten und Rechte zu erfassen, zu empfinden und zu betätigen". Von einzelnen gerichtlichen Entscheidungen der letzten Jahre wird auch dieser relativ mildere Standpunkt vertreten. So heißt es in einer gerichtlichen Entscheidung vom 10. 5. 1915[19], „daß die Annahme, die Beklagte habe an allen Familienangelegenheiten Anteilnahme gezeigt, mit der Feststellung einer die geistige Gemeinschaft ausschließenden Geisteskrankheit unvereinbar wäre, kann der Revision nicht zugegeben werden. Die geistige Gemeinschaft der Ehegatten äußert sich in der gegenseitigen Anteilnahme an dem, was das geistige Leben der Ehegatten erfüllt, also namentlich an dem körperlichen und geistigen Wohle des andern Ehegatten und der Kinder, sowie an sonstigen Familienangelegenheiten. Diese Anteilnahme darf aber nicht lediglich eine innerliche, sich auf bloße Gefühlsäußerungen beschränkende sein, sondern muß sich durch Handlungen, die sich als Ausfluß des gemeinsamen Denkens und Fühlens der Ehegatten darstellen, praktisch betätigen". Einen ähnlichen Standpunkt vertritt das Oberlandesgericht Celle in einer Entscheidung vom 13. 7. 1908[20], die von gemeinsamem Denken und Fühlen redet, einer — wenn auch nicht vollkommenen — Übereinstimmung beider Teile in der Beurteilung wenigstens der wichtigsten Punkte, die bei gemeinschaftlicher Lebensführung in Betracht kommen; „und es muß bei beiden Gatten die Fähigkeit vorhanden sein, sich gegenseitig mit Vertrauen und Zuneigung entgegenzukommen". Die gleichen hohen Anforderungen finden wir bei *Bresler*[12] vertreten, der als Wesen der geistigen Gemeinschaft ebenfalls das Vorhandensein eines im wesentlichen gleichen Gedankeninhalts über die Ehe und die Möglichkeit einer wechselseitigen Einwirkung auf diesen Gedankeninhalt betont. Beruht der Verlust, die Verminderung oder Veränderung dieser Gleichheit des Gedankeninhaltes sowie die Unmöglichkeit eines geistigen Austausches auf Geisteskrankheit des einen Ehegatten, so ist seiner Ansicht nach die geistige Gemeinschaft dadurch aufgehoben. Hingegen zählt er die Betätigung der ehelichen Pflichten und den Willen zu ihrer Betätigung nicht unbedingt zum Begriff der geistigen Gemeinschaft. Interessant ist in diesem Zusammenhang eine Reichsgerichtsentscheidung vom 16. Febr. 1911[21], nach der eine Ehe geschieden wurde, weil der beklagte Gatte von Wahnvorstellungen beherrscht wurde, die gerade in den wichtigsten Punkten des geistigen Zusammenlebens der Ehegatten das dazu unbedingt notwendige gegenseitige Vertrauen und Verständnis ausschlossen und ein gemeinsames Denken und Fühlen unmöglich machten. Wegen dieser tiefinnerlichen Entfremdung der Ehegatten wurde das geistige Band für gelöst erachtet, obwohl das Vorhandensein einer gewissen äußeren, vom geisteskranken Gatten

betätigten Fürsorge für die Familie dargetan werden konnte. In diesem Urteil wie auch in den vorher genannten Definitionen ist eine weitgehende Rücksichtnahme auf die Lage des gesunden Ehegatten im Gegensatz zu den erstgenannten Entscheidungen nicht zu verkennen, wenn auch dieser Gedanke nicht offen ausgesprochen ist. Eine Entscheidung des Oberlandesgerichts Hamburg vom 22. 1. 1901 [22] hat dieses Motiv zum erstenmal in der Urteilsbegründung aufgenommen. Entgegen dem Urteil des Sachverständigen, der die geistige Gemeinschaft durch die Psychose des einen Ehegatten nur für getrübt, aber nicht für völlig aufgehoben erklärte, hat das Gericht die Aufhebung der geistigen Gemeinschaft angenommen. Es wurde darauf hingewiesen, daß nicht einseitig der Zustand des geisteskranken, sondern auch die Lage des gesunden Ehegatten in Betracht zu ziehen sei, zu dessen Gunsten das Gesetz gemacht sei. Dabei seien konkrete Verhältnisse zu berücksichtigen, insbesondere auch die durch langjährige Trennung bedingten pekuniären Verhältnisse der Parteien. Das Bewußtsein, verheiratet zu sein, und der Wunsch, verheiratet zu bleiben, seien keine Beweise für eine geistige Anteilnahme an der Ehe. Weiter heißt es in diesem Urteil: „Ist aber der kranke Teil nicht mehr imstande, an dem Lebens- und Gedankenkreis des andern Ehegatten irgendwie teilzunehmen, so ist von geistiger Gemeinschaft nicht mehr die Rede". Diese schon bald nach Inkrafttreten des BGB. ausgesprochene Entscheidung setzt sich zu einer Reihe von Definitionen in scharfen Gegensatz. Entgegen den Ausführungen *v. Plancks* [15] wird hier betont, daß der Gesetzgeber das Gesetz auch zugunsten der Gesunden gemacht habe, und daß nicht einseitig der Zustand des geisteskranken Ehegatten zu berücksichtigen sei, dem man unter allen Umständen das Gefühl der Härte einer Ehescheidung ersparen müsse. Selbst der Wunsch, verheiratet zu bleiben, wird als Argument der geistigen Gemeinschaft hier nicht anerkannt. Bezeichnend für die entgegengesetzte Auffassung ist eine Entscheidung des Oberlandesgerichts Celle vom 5. 3. 1907 [16]. Es wurde die Scheidungsklage abgewiesen, da es sich um eine seit mehr als drei Jahren bestehende chronische Geisteskrankheit handelte, durch welche die geistige Gemeinschaft nur abgeschwächt, nicht aufgehoben war. In erster Linie wurde als Begründung angeführt, daß der Beklagte zum Ausdruck brachte, ihm sei die Scheidung nicht gleichgültig, sogar die Frage, ob ihn die Scheidung kränken würde, mit einem Kopfschütteln beantwortete. Aus der Tatsache, daß er erzählte, er habe aus Liebe geheiratet, habe auch jetzt noch Liebe zu seiner Frau und wolle für Frau und Kinder sorgen, wurde vom Gericht auf das Bewußtsein der durch das Eheband auferlegten Pflichten geschlossen und eine Aufhebung der geistigen Gemeinschaft abgelehnt. Daß aber der Beklagte zwei Jahre in der Anstalt lebte, ohne sich um seine Familie zu kümmern, ohne auch nur das geringste Maß von Interesse für seine Frau und seine Kinder zu zeigen, daß er ferner bei der für ihn so lebenswichtigen Gerichtsverhandlung lächelnd (!)



das Zimmer verließ, wurde vom Richter nicht berücksichtigt. Vielleicht wäre der gleiche Fall vom Hamburger Gericht (1901) anders beurteilt worden. Bemerkenswert ist ferner noch, daß die Entscheidung vom Oberlandesgericht Hamburg im Gegensatz zu *Lehnel* für die Berücksichtigung konkreter Verhältnisse eintritt. Ähnliche Gedanken kamen in einer Entscheidung vom Landgericht Rostock vom 8. 5. 1905[23] zum Ausdruck. Hier wird darauf hingewiesen, daß die konkreten Lebensverhältnisse der Streitteile anzusehen seien, daß man sich auch der Anschauungen und Empfindungen des die Scheidung begehrenden Gatten zu vergewissern habe. Ferner wird bei der Aufhebung der geistigen Gemeinschaft ausdrücklich erwähnt, daß diese auf seiten des gesunden Mannes als nicht mehr vorhanden empfunden werde. Diese von weitgehender Berücksichtigung der Persönlichkeit und der Lage des gesunden Ehegatten durchdrungene Auffassung wird noch übertroffen durch eine Entscheidung des Oberlandesgerichts Königsberg vom 4. 11. 1901[24], die als erste positive soziale Gesichtspunkte enthält. „Der Gesetzgeber wollte durch die Zulassung der Scheidung dem klagenden Ehegatten die Möglichkeit gewähren, eine neue Ehe einzugehen und so die wirtschaftlichen und sittlichen Gefahren abzuwenden, welche ihm und den Kindern aus der Fortsetzung der Ehe drohen". Andererseits wird als selbstverständlich betont, daß diese Folge nur eintreten sollte, wenn sie nach Art der Krankheit unabweisbar wäre. „Das verlangt die Würde der Ehe und die Rücksicht auf den erkrankten Ehegatten."

Überschauen wir noch einmal diese bunte Reihe von Definitionen der „geistigen Gemeinschaft", wie sie zum Teil in der Literatur, zum Teil in den gerichtlichen Entscheidungen niedergelegt sind, so kann wirklich von einer einheitlichen Auffassung keine Rede sein. Sehen wir von den beiden Extremen der Auffassung, dem „geistigen Tod" und der Berücksichtigung wirtschaftlicher und sozialer Interessen ab, so müssen wir uns an die Definition der RG. halten, die von der Mehrzahl der Gerichte den Urteilen zugrunde gelegt wurde: Die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten ist „eine von dem Bewußtsein sittlicher Rechte und Pflichten getragene Gemeinschaft, bei der die Ehegatten zu gemeinsamem Fühlen und Denken befähigt sind". Die geistige Fähigkeit zu gemeinsamem Zusammenwirken, zu gemeinsamer Betätigung der Interessen, wie sie die Definition von *Hoche*[6] z. B. enthält, ist darin nicht einbegriffen. Einigermaßen entspricht auch wohl die Begriffsfassung von *Mach*[11], die dieser als Grundlage



einer einheitlichen Formulierung gibt, der üblichen Judikatur: „Die geistige Gemeinschaft zwischen den Eheleuten ist eine Lebensgemeinschaft, in welcher beide Ehegatten gleichartige Anschauungen über den sittlichen Zweck und über die aus der Ehe entfließenden sittlichen Rechte und Pflichten besitzen und den Willen haben, sich gemeinsam d. h. einander ratend und helfend auch in diesem Sinne nach Kräften zu betätigen". Doch ist in dieser Definition schon ein Moment der Aktivität berücksichtigt, das ebenfalls in der Auffassung des Reichsgerichts nicht zum Ausdruck kommt.

Entsprechend den verschieden gefaßten Definitionen fanden wir auch hinsichtlich der Frage, wann die geistige Gemeinschaft als aufgehoben zu gelten habe, keine einheitliche Beantwortung. Während von mancher Seite verlangt wird, daß die bestimmt qualifizierten Eigenschaften auf dem Gebiete des Denkens, Fühlens resp. Wollens in ihrer Gesamtheit auf seiten des kranken Ehegatten nicht mehr vorhanden sein müßten, wird in anderen Entscheidungen betont, daß auch schon beim Fehlen einer dieser Teilkomponenten eine geistige Gemeinschaft nicht mehr vorliege. Im letzteren Fall milderer Auslegung des Gesetzes vertreten aber die juristischen Kreise, die sich angeblich strenger an den Wortlaut des § 1569 halten, die Ansicht, daß man unter diesen Umständen nur von einer Beeinträchtigung, nicht von einer Aufhebung der geistigen Gemeinschaft reden könne, wie es z. B. in einer Entscheidung des Oberlandesgerichts Celle vom 17. Februar 1905[25] zum Ausdruck kommt: „Was unter Aufhebung der geistigen Gemeinschaft zu verstehen ist, darüber bestehen erhebliche Meinungsverschiedenheiten; eine Beeinträchtigung der geistigen Gemeinschaft, d. h. des Bewußtseins der durch die sittlichen Grundlagen der Ehe begründeten gegenseitigen Rechte und Pflichten und des dementsprechenden gemeinschaftlichen Denkens und Fühlens wird in größerem oder geringerem Grade fast bei jeder Geisteskrankheit vorliegen, und es kann auch eine größere Beeinträchtigung nicht genügen zur Scheidung der Ehe, sondern dazu ist nach dem § 1569 des BGB. die Aufhebung der geistigen Gemeinschaft erforderlich.

Im allgemeinen wird man sagen können, daß, solange der



geisteskranke Ehegatte noch Interesse für den andern Ehegatten und die Kinder zeigt, solange er ferner noch ein Bewußtsein für die ihm durch die Ehe auferlegten Pflichten hat, in der Mehrzahl der Fälle von juristischer Seite die Bedingung der aufgehobenen geistigen Gemeinschaft nicht als erfüllt angesehen wird.

Ist nun bei der Geisteskrankheit eines Ehegatten die durch sie bedingte Aufhebung der geistigen Gemeinschaft angenommen, so verlangt das Gesetz weiterhin, daß jede Aussicht auf Wiederherstellung derselben ausgeschlossen ist. Über die verflossene Dauer der aufgehobenen geistigen Gemeinschaft schweigt sich der § 1569 aus. Demnach kommt es nicht darauf an, daß der besonders qualifizierte Zustand des Geisteskranken schon während der ganzen 3 Jahre bestanden hat. Es genügt nach *v. Planck*[15] wenn im Zeitpunkt des Scheidungsurteils die Bedingungen gegeben sind.

Weniger Unklarheit als bei der Aufhebung der geistigen Gemeinschaft besteht bei der Frage nach der Aussicht auf Wiederherstellung derselben. Nicht die Unheilbarkeit der Psychose ist maßgebend, vielmehr darf keine Aussicht vorhanden sein, daß eine eventuelle Besserung der Psychose wieder eine geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten ermöglicht.

Nach *Lenel*[4] bedeutet „Aussicht“ eine nach dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft begründbare Aussicht. Es müssen also Umstände in „Sicht“ sein, aus denen die Wissenschaft zu folgern imstande ist, daß eine Besserung eintreten kann. Von einer Möglichkeit der Wiederherstellung redet das Gesetz nicht, wie in einer Entscheidung des Oberlandesgerichts Hannover[26] hervorgehoben wird. Die Wiederherstellung braucht nicht unmöglich, sondern nur aussichtslos zu sein. Einen noch etwas milderen Standpunkt nimmt das Oberlandesgericht Königsberg[27] ein: Der Sachverständige gab sein Gutachten dahin ab, daß nach menschlichen und wissenschaftlichen Erfahrungen die Wahrscheinlichkeit auf Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft eine so geringe sei, daß man besser von ihr nicht spreche. Um eine Wiederherstellung für wahrscheinlich zu halten, müsse man positive Anhaltspunkte haben, welche aber in diesem Falle nicht vorhanden seien. Das Gericht schloß sich dieser Auffassung an. Da keine positiven Anhaltspunkte für eine Möglichkeit der Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft gegeben seien, so nahm es an, daß auch jede Aussicht auf Wiederherstellung derselben ausgeschlossen sei.



Vorübergehende Besserungen stehen mit dieser dritten Bedingung des Ehescheidungsparagraphen nicht in Widerspruch, wie aus einer Entscheidung des Oberlandesgerichts Colmar [28] hervorgeht. In einem Fall von Dipsomanie, bei dem der Sachverständige für die Zeit der Intervalle die Aufhebung der geistigen Gemeinschaft verneinte, erkannte das Gericht wegen des anstößigen öffentlichen Treibens der Beklagten und der dadurch bedingten tiefen Kluft zwischen den Eheleuten auf Aufhebung der geistigen Gemeinschaft. Trotz den regelmäßig wiederkehrenden gesunden Zwischenräumen wurde in Anbetracht der Unheilbarkeit der Dipsomanie eine Wiederaufnahme der geistigen Gemeinschaft für aussichtslos erachtet.

Nun zur gerichtsärztlichen Beurteilung des § 1569. Wie ich schon erwähnte, ist die Bedingung der durch 3 Jahre andauernden geistigen Erkrankung vom Standpunkt des forensischen Psychiaters durchaus zu begrüßen. Im Verein mit den andern Vorbedingungen ist sie dazu angetan, die in diesem Fall so äußerst wichtige prognostische Frage nach Möglichkeit zu erleichtern. Eine kürzere Frist, etwa von nur einem Jahr, würde in der Mehrzahl der Fälle eine mutmaßliche Prognose überhaupt unmöglich machen.

Schwieriger liegen die Verhältnisse bei der Wertung der übrigen Bedingungen, vor allem bei der soviel umstrittenen „Aufhebung der geistigen Gemeinschaft".

Die Betrachtung der juristischen Auslegungen dieses Passus, die wir in ihren verschiedensten Schattierungen an uns vorüberziehen ließen, führten zu einem wenig erfreulichen Resultat. Von den beiden Extremen der Auffassung, wie sie einmal durch möglichste Milde der Beurteilung, zum andern durch unerbittliche Strenge gegen den gesunden Ehegatten diktiert sind, fanden wir alle Übergänge in der Judikatur vertreten. Es ist daher die Frage nicht unberechtigt, ob unter diesen Umständen überhaupt eine einigermaßen klare und einheitliche Begutachtung möglich ist. Wird es doch eine große Anzahl von Fällen geben, bei denen je nach engerer oder weiterer Fassung der „geistigen Gemeinschaft" die Bedingungen des § 1569 entweder als gegeben oder als nicht erfüllt angesehen werden können.

Bezeichnend hierfür ist eine Mitteilung von *Moeli* [29], an der ein kurzes Gutachten über die Frage der Aufhebung der geistigen Gemeinschaft von Interesse ist. Es handelte sich um eine seit 5 Jahren verheiratete Ehefrau, die schon bald nach der Verheiratung auffallend zanksüchtig und eifersüchtig war und oft ohne Veranlassung auf kürzere oder längere



Zeit das Haus verließ. Etwa ein Jahr darauf traten Erregungszustände verbunden mit zahlreichen Sinnestäuschungen und Wahnideen auf, die allmählich immer häufiger wurden. Wegen Vergiftungsideen, nächtlichen Gestalten kam sie in Anstaltspflege. Anfangs ablehnend wurde sie nach und nach gleichgültiger, apathischer, kümmerte sich nicht um ihre Lage und die eingeleitete Ehescheidung; wenn man sie darüber befragte, antwortete sie, „ach, laß es doch". Sie vernachlässigte ihr Äußeres, zeigte kein Interesse für ihre Umgebung, war in der Unterhaltung unaufmerksam, führte kleinere Aufträge nicht oder nur mangelhaft aus; dabei war das Gedächtnis im wesentlichen erhalten. Von ihrem Manne wollte die Patientin nichts wissen, weil er sie angeblich schlecht behandelt habe. Dagegen sprach sie spontan öfter von ihrem Kinde, war bei jedem Besuch desselben sichtlich erfreut. Es blieb jedoch immer bei den momentanen Gefühlsäußerungen, irgendwelche Bemühungen, für das Kind zu sorgen, hatte sie nie unternommen; sie überließ das Kind der Schwester, ohne sich viel um die Entwicklung und das Fortkommen desselben zu kümmern. Das Gutachten sagt, daß zwar die geistige Gemeinschaft als „Bedingung der Wahrnehmung gemeinsamer ehelicher Empfindungen und Bestrebungen eines innigeren Zusammenlebens auch in geistiger und gemütlicher Hinsicht" ohne weiteres aufgehoben sei. Die Erinnerung an die Ehe und die Familie und die in der Ehe erwachsenen Vorstellungen hätten aber ihren Einfluß auf das innere Leben und die äußere Haltung der Kranken nicht völlig eingebüßt. „Als Bruchstücke einer geistigen Gemeinschaft im allgemeinsten Sinne des Wortes noch vorhanden erwies sich die Anteilnahme der Kranken an ihrem Kinde und die wenn auch beschränkte Beschäftigung mit diesem Gegenstande, einem der wichtigsten für die normale geistige Gemeinschaft von Ehegatten". Andererseits wird betont, daß die Patientin unfähig sei, die gemeinsamen Interessen vom Wohl der Familienmitglieder aufrecht zu erhalten und für eine Förderung dieses Wohls zu wirken. Nach Schilderung des Zustandes wurde vom Sachverständigen dem Gericht die Entscheidung über die Frage nach der Aufhebung der geistigen Gemeinschaft je nach der engeren oder weiteren Umgrenzung anheim gestellt.

Zu diesem Resultat würde der Gerichtsarzt in allen den Fällen gezwungen sein, die nicht eine völlige Verblödung zeigen, falls er sich die bisher geübte Judikatur insgesamt als Grundlage für seine Begutachtung ausersehen hätte. Wenn auch in diesem Falle das Gericht durchaus zweckmäßig die Bedingungen für die Ehescheidung als gegeben erachtete, so hätte bei der Auslegung des „geistigen Todes" das Urteil wohl anders gelautet. Würde der Gerichtsarzt sich andererseits auf eine beliebige Auslegung der „geistigen Gemeinschaft" festlegen, so liefe er Gefahr, sehr häufig mit der Auffassung des Gerichtes in Konflikt zu geraten. Eine von einheitlichen Gesichtspunkten geleitete fruchtbare Begutachtung wäre undenkbar. Letzten Endes sind auch die nicht so seltenen Differenzen



in der Beurteilung ein und desselben Falles durch Sachverständige auf die schwankende Auslegung der „geistigen Gemeinschaft" zurückzuführen.

Das Überhandnehmen derartig wenig erfreulicher Verhältnisse wird einigermaßen dadurch vermieden, daß in einer Reihe von gerichtlichen Entscheidungen unter Anlehnung an das Reichsgericht eine gewisse Einheitlichkeit zum Ausdruck kommt. Diese müssen daher auch für uns maßgebend sein. Wir wollen demnach unter Zugrundelegen der geistigen Gemeinschaft „als einer von dem Bewußtsein sittlicher Rechte und Pflichten getragenen Gemeinschaft, bei der die Ehegatten zu gemeinsamem Denken und Fühlen befähigt sind", untersuchen, ob sich die Aufhebung dieser Gemeinschaft sowie die fehlende Aussicht auf Wiederherstellung derselben bei der Ehescheidung wegen Geisteskrankheit gerichtsärztlich bewährt hat.

Relativ einfach ist die Sachlage bei allen Formen des erworbenen Schwachsinns stärkeren Grades, die zu einer vollkommenen Vernichtung der früheren Persönlichkeit führen. Mit dem Verfall der erworbenen Kenntnisse gehen die normalen Beziehungen zur Außenwelt verloren, damit ist der Kranke auch unfähig, neue Eindrücke in sich aufzunehmen. Ein solcher Zustand, der wohl auch als „geistiger Tod" bezeichnet wurde, entspricht den Verblödungsprozessen, welche in schweren organischen Gehirnaffektionen ihre Ursache haben. Bei der progressiven Paralyse, der senilen Demenz, bei der epileptischen Verblödung und gelegentlich auch bei alkoholischen Psychosen sind derartig schwere Demenzformen zu finden. Für sie wird die übliche Auffassung der geistigen Gemeinschaft vollauf genügen; denn immer ist in solchen Fällen der Kranke zu gemeinsamem Denken und Fühlen, wie es zwischen Ehegatten gefordert werden muß, nicht mehr fähig. In ähnlicher Weise wird die geistige Gemeinschaft für die verblödeten Endzustände aus der Gruppe der Dementia praecox ohne weiteres als aufgehoben zu gelten haben. Bei dem progressiven Carakter aller dieser Erkrankungen wird man auch mit der fehlenden Aussicht auf Wiederherstellung dieser geistigen Gemeinschaft durchaus zweckentsprechend operieren können. Wissenschaftlich bedründete Aussicht auf Besserung dieser fortschreitenden Verblödungsprozesse wird wohl kaum bestehen.



Schwieriger wird jedoch die Beurteilung besonders hinsichtlich der aufgehobenen geistigen Gemeinschaft bei den leichteren Formen der Dementia praecox, ebenso bei den organischen Demenzformen, die zunächst noch mäßigeren Grades sind. Hier wird man mit *Hoche* [6] nicht von einer vollständigen Vernichtung, sondern nur von einer Beeinträchtigung der früheren Persönlichkeit reden können. Mit dem Rückgang der intellektuellen Fähigkeiten geht meistens auch eine Beeinträchtigung des Gefühlslebens Hand in Hand, die in erster Linie dazu angetan ist, die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten zu lösen. Ähnliche Verhältnisse können diejenige Frkrankungen schaffen, die weniger durch eine Störung der Intelligenz als durch affektive Verblödung charakterisiert sind. Derartige Kranke können rein verstandesmäßig wohl das Bewußtsein von den sittlichen Rechten und Pflichten der Ehe haben, die Störung ihres Gemütslebens jedoch kann es ihnen unmöglich machen, an den Interessen des anderen Ehegatten teilzunehmen, sich mit ihm zu gemeinsamen Denken und Fühlen zu verbinden. Weiterhin kommen für die Beeinträchtigung der angestammten Persönlichkeit eines Menschen das Auftreten von Sinnestäuschungen und Wahnideen in Betracht. Diese schweren psychotischen Erscheinungen bedingen ohne weiteres eine Störung der geistigen Gemeinschaft in der Ehe, besonders aber dann, wenn sie, wie so häufig bei paranoischen Wahnbildungen, welche die Person des gesunden Ehegatten zum Mittelpunkt haben, den Geisteskranken veranlassen, durch Wort und Tat die gemeinsamen Familieninteressen zu gefährden.

Wenden wir uns nun einzelnen Beispielen zu. Zunächst möchte ich einen Fall epileptischer Demenz aus der Literatur [30] herausgreifen, bei dem sich die Schwierigkeiten der Beurteilung ohne weiteres ergeben. Es handelte sich um eine 30jährige Frau, die seit etwa 7 Jahren — schon kurz nach der Verheiratung — an epileptischen Krampfanfällen litt. In der letzten Zeit traten auch Dämmerzustände auf, in denen sie vollständig desorientiert war, wirr redete, auf der Straße die Röcke in die Höhe hob und sich ausziehen wollte. Auch Verstimmungen mit Selbstmordneigung und Selbstmordversuchen, sowie unmotivierte Zornausbrüche kamen vor. Anfälle und Verwirrtheitszustände häuften sich; die Patientin vernachlässigte sich und ihre Kinder, war allmählich unfähig geworden, den Haushalt zu besorgen, so daß ihr Mann die Aufnahme in eine Anstalt veranlaßte. Hier zeigte sie das typische Verhalten der



Epileptiker, charakteristische Schwerfälligkeit im Denken, umständliche Pedanterie in allem ihrem Tun und Handeln, ferner affektive Veränderungen, moroses, reizbares Wesen, andererseits selbstgefällige Süßlichkeit verbunden mit schweren Defekten auf intellektuellem Gebiet. Sie besaß nur mehr sehr mangelhafte Schulkenntnisse und ganz ungenügendes Verständnis für die Dinge des praktischen Lebens. Vielfach stand sie unter dem Einfluß von Sinnestäuschungen, sie verlangte ihre Kleider, drängte fort, weil man ihr dauernd die schlimmsten Sachen vorwerfe. Anfälle und Verwirrtheitszustände wiederholten sich weiterhin in kurzen Zwischenräumen. Über den Besuch ihres Mannes und der Kinder war sie jedesmal sehr erfreut, zeigte Interesse an dem Ergehen ihrer Familie und sprach wiederholt den Wunsch aus, wieder ihrem Haushalt vorzustehen. Sie reagierte lebhaft gegen die Zumutung, daß ihre Ehe geschieden werden sollte.

Das Gutachten kam zu dem Ergebnis, daß die geistige Gemeinschaft nicht als erloschen zu betrachten sei, „da das Bewußtsein der gemeinsamen Interessen bei Frau ....., die um Wohl und Wehe ihres Mannes und ihres Kindes besorgt sei, zweifellos vorhanden, wie auch der Wille, diesen Interessen zu dienen". Weiterhin wurde betont, wenn ihr zwar infolge ihres „Schwachsinns und der mit ihrem Leiden verbundenen Abnormitäten" die praktische Fähigkeit hierzu fehle, so sei doch diese Fähigkeit nicht Bestandteil der geistigen Gemeinschaft nach der üblichen Definition.

Das Gericht entschied sich für Abweisung der Klage mit vollem Recht, denn weder fehlte bei der Patientin das Bewußtsein der durch die Ehe gegebenen Rechte und Pflichten, noch war sie schlechthin zu gemeinsamem Denken und Fühlen mit ihrem Gatten unfähig, wie es das Gesetz verlangt. Und doch lag bei ihr eine organische Demenz vor, die sie vollkommen unfähig machte, die gemeinsamen Familieninteressen zu vertreten, dem Haushalt vorzustehen und für Wohl und Wehe der Kinder zu sorgen. In den Zeiten der Anfälle und Verwirrtheitszustände, die sich relativ häufig wiederholten, war außerdem jeglicher geistiger Kontakt zwischen den Ehegatten ausgeschlossen. In Anbetracht der Tatsache, daß bei der Epilepsie in dieser Form ein progredienter Verlauf sicher ist, kann nicht geleugnet werden, daß die Abweisung der Klage in diesem Falle nicht nur eine große Härte, sondern eine ausgesprochene Ungerechtigkeit gegen den gesunden Ehegatten darstellt. Die Kranke war durch ihr Leiden gezwungen, dauernd in einer Anstalt zu leben, vermöge ihres Schwachsinns nicht imstande, Versorgung und Erziehung der Kinder zu leiten und auch nur notdürftig den häuslichen Pflichten nachzukommen, kam also, ganz abgesehen von der Unmöglichkeit eines wirklichen geistigen Zusammenlebens, praktisch für den Mann nicht mehr in Betracht. Unter diesen Umständen können rechtliche und allgemein menschliche Gesichtspunkte, die für den Gerichtsarzt das wesentlichste Kriterium

bieten, sich mit der gerichtlichen Entscheidung nicht einverstanden erklären. Die wirtschaftlichen und sozialen Schädigungen, denen der Mann und die nicht erwachsenen Kinder ausgesetzt sind, verlangen eine andere Auffassung. Der gesunde Ehegatte, der gezwungen ist, seinem Beruf nachzugehen, ist nicht imstande, sich nebenher noch um Haushalt und Erziehung der Kinder zu kümmern. Entweder ist er genötigt, sich eine Haushälterin ins Haus zu nehmen, die einmal pekuniäre Opfer erfordert, aber auch unter Umständen das moralische Niveau gefährden kann (Konkubinat), oder muß er die Kinder sich selbst überlassen, sie ohne Aufsicht, ohne Erziehung und Unterweisung aufwachsen sehen.

Demgegenüber würde der kranke Ehegatte in diesem Falle von wesentlichem Nachteil nicht betroffen. Es ist daher vom rechtlichen Standpunkt aus eine zwingende Notwendigkeit, dem gesunden Ehemann durch Auflösung der Ehe die Möglichkeit zu geben, eine neue Ehe einzugehen und so die drückenden sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse aus der Welt zu schaffen.

Noch viel häufiger werden sich für den Sachverständigen derartig wenig erquickliche Situationen bei der unendlichen Mannigfaltigkeit schizophrener Psychosen ergeben. Auch hier wird häufig der Gerichtsarzt gegen seine innere Überzeugung von Recht und Gerechtigkeit unter Knebelung allgemein humanitärer Empfindungen sich nach der jetzt gültigen Gesetzgebung gegen eine Ehescheidung aussprechen müssen.

Nehmen wir z. B. einen Fall an, wie er in der Psych. Wchschr. X, 1908 (S. 147) mitgeteilt wird. Die Diagnose ist zwar nicht festgelegt, doch könnte es sich bei der vorliegenden Gefühlserstarrung um eine hebephrenische Erkrankung gehandelt haben. Für die Frage nach der Aufhebung der geistigen Gemeinschaft kommt es ja weniger auf die genau spezifizierte Diagnose als vielmehr auf das vorliegende Krankheitsbild an.

Ein Ehemann litt seit mehr als drei Jahren an einer Geisteskrankheit, bei welcher in Anbetracht des üblichen chronischen Verlaufs Aussicht auf Besserung nicht vorhanden war. Er war seit einer Reihe von Jahren anstaltbedürftig, hatte sich um seine Familie in dieser Zeit nicht gekümmert und stand schon seit zwei Jahren mit seiner Frau nicht mehr in brieflichem Verkehr. Die Beeinträchtigung des Gemütslebens geht noch besonders klar aus seiner Stellungnahme zur beantragten Ehescheidung hervor; er war der Ansicht, daß seine Frau selbst schuld sei, wenn sie sich scheiden lasse; wenn sie aber denke, sie werde allein fertig, dann würde er sich auch damit zufrieden geben. Wir sehen ein Bild affektiver Gleichgültigkeit und Apathie, wie es am ehesten der Dementia praecox entspricht. Im Gegensatz hierzu konnte von einem Rückgang der intellektuellen Leistungen weniger die Rede sein. Patient gab dem Sachverständigen auf Befragen eine eingehende Schilderung seines früheren Ehelebens, erzählte, daß er immer glücklich mit seiner Frau gelebt, sich immer mit ihr vertragen und sie nie geschlagen habe. Wenn er aus der Anstalt ent-



lassen werde, sei er bereit, für seine Familie zu sorgen. Er berichtete ferner über seine Kinder, von denen eine Tochter sein besonderer Liebling gewesen sei. Obwohl er seine Frau mehrere Jahre lang nicht mehr gesehen, sich nie über diese Vernachlässigung beklagt hatte, behauptete er, trotzdem noch in Liebe an ihr zu hängen. Patient kam dabei auf seine Verlobungszeit zu sprechen, betonte, daß sie sich aus Liebe geheiratet hätten, ohne jedoch eine entsprechende gemütliche Reaktion zu zeigen. Die Frage, ob ihm die Scheidung gleichgültig sei, verneinte er und gab durch ein Kopfnicken zu verstehen, daß ihn dieselbe kränken würde. Darauf verließ er auffallenderweise „lächelnd“ das Zimmer.

Der Sachverständige entschied auf Grund dieses Befundes, daß zwar die Fähigkeit zu gemeinsamem Denken und Fühlen innerhalb der durch die Ehe bedingten geistigen Gemeinschaft abgeschwächt sei, immerhin könne von einer Unfähigkeit des Verständnisses für jene höhere Gemeinschaft nach den Äußerungen des Patienten nicht gesprochen werden. Dementsprechend erkannte das Gericht, daß in diesem Falle die geistige Gemeinschaft nicht aufgehoben sei. Es wurde darauf hingewiesen, daß der Pat. durch die Schilderung seines früheren Familienlebens noch einiges Interesse für seine Frau und Kinder verrate, daß er ferner noch ein Bewußtsein für die ehelichen Pflichten habe, wenn er die Absicht äußere, nach Entlassung aus der Anstalt für seine Familie zu sorgen.

Im Vordergrund des Krankheitsbildes stand wohl die mangelnde Gefühlsbetonung der Gedanken und Vorstellungen, die trotz einigermaßen erhaltener Intelligenz den Pat. zu irgendwelchen Willensantrieben und Willensäußerungen unfähig machten (Pat. war unfähig, die Familie zu unterhalten). Daher die Anstaltbedürftigkeit des Kranken, die wohl in erster Linie zum Zwecke angemessener Wartung und Pflege erforderlich war. Nach den bestehenden Gesetzen ist weder die Beurteilung des Sachverständigen, noch die Entscheidung des Gerichtes anzutasten, wenn auch die Fähigkeit zu „gemeinsamem Fühlen“ zweifellos nicht als vollwertig, aber doch noch als in mäßigem Grade vorhanden angesehen werden muß. Andererseits liegt wiederum die Ungerechtigkeit des Urteils gegenüber dem gesunden Ehegatten klar auf der Hand. Die zurückgewiesene Ehescheidung, die Unmöglichkeit, eine neue eheliche Gemeinschaft aufzubauen, bringt enorme wirtschaftliche Nachteile für die gesunde Ehefrau mit sich. Sobald diese nicht den besser situierten, vermögenden Kreisen angehört, ist sie gezwungen, den Ausfall des männlichen Verdienstes durch eigener Hände Arbeit zu ersetzen. Da dies bei der erheblich geringeren Bezahlung weiblicher Arbeitskräfte nur in mäßigen Grenzen möglich ist, der tägliche Broterwerb ferner ihre ganze Arbeitskraft in Anspruch nimmt, muß unter diesen Umständen notgedrungen die Sorge um Wohlergehen und Erziehung der Kinder vernachlässigt werden. Und damit ist der Grundstein zum sozialen Untergang gelegt. Ein billiges Verlangen menschlicher Gerechtigkeit wäre es, dieser schwerwiegenden

Beeinträchtigung an geistiger und leiblicher Gesundheit der Familie des geisteskranken Ehemannes zu steuern. Um so mehr als die gemütliche Verblödung des Patienten eine Rücksichtnahme für ihn nicht fordern kann. Wenn er auch die Tragweite einer Ehescheidung verstandesmäßig rein äußerlich betrachtet einsehen und begreifen kann, so ist nach seinem Verhalten eine gemütliche Reaktion, die Mitleid verdienen würde, absolut ausgeschlossen.

Ähnliche Gedanken wird die Betrachtung eines anderen Falles [23] bei uns auslösen, der allem nach zur gleichen Krankheitsgruppe hinzuzurechnen ist. Ein von Haus aus schwach begabter Mann mit sehr geringen allgemeinen Interessen, menschenscheuem, schweigsamem Wesen und Neigung zum Grübeln und Träumen, litt an einer chronischen Psychose, die schon während der Ehe 5 Jahre hindurch Anstaltsbehandlung erforderlich machte. Während dieser Zeit war er willig und mit allem zufrieden, war imstande, unter Aufsicht ländliche Arbeit zu verrichten. Aufregungszustände hatten sich nicht gezeigt, dagegen fiel Patient durch sein träumerisches Gebahren und durch törichte Handlungen auf. So goß er z. B. gern Wasser durch die Löcher der Hobelbank oder entleerte in unsinniger Weise Eimer voll Wasser an einen Baum; dabei sprach er viel vor sich hin, lachte, wenn man ihn zur Rede stellte, und gab „wirre" zusammenhanglose Antworten. Bei der Untersuchung durch den Sachverständigen erwies er sich als über seine persönlichen Verhältnisse leidlich orientiert und zeigte keineswegs eine bedeutende Schwächung des Gedächtnisses und der Erinnerung an die Vergangenheit. Zwar sprach er für gewöhnlich nicht von seiner Frau und seinen Kindern, jedoch konnte durch Befragen ein gewisses Interesse an seiner Familie ans Licht gezogen werden. Die Frage, ob er seine Frau noch liebe, bejahte er, „dafür sei man ja verheiratet"; er äußerte bei dieser Gelegenheit den Wunsch, seine Frau möge ihn mit den Kindern einmal besuchen, und er müsse auch wieder heim zu seiner Frau. Auf die Aufforderung, etwas zu schreiben, setzte er folgenden Brief auf: „Liebe Frau u. Kinder kann dir mitteilen, daß ich das munter und gesund bin, was ich auch von Euch hoffe". Die Mitteilung der eingeleiteten Ehescheidung erregte ihn sichtlich. Alle Äußerungen des Patienten über seine ehelichen Verhältnisse waren jedoch mit vielen „wirren" Reden gemischt, „in denen sich allerhand Wahnideen recht schwachsinnigen Charakters" kundgaben.

In Anbetracht des Interesses für seine Familie sowie des vorhandenen Bewußtseins der ehelichen Pflichten hielt der Sachverständige die Aufhebung der geistigen Gemeinschaft für nicht gegeben. Das Gericht schloß sich dem Gutachten an. In der Urteilsbegründung heißt es, daß für die Ehescheidung kein Grund bestehe, solange der kranke Ehegatte noch in Liebe an seiner Frau hänge, für seine Kinder Interesse zeige und bei dem Gedanken an die Scheidung in sittliche Erregung gerate. Es seien im einzelnen Falle die konkreten Verhältnisse in Betracht zu ziehen.



Bei dem Patienten sei schon vonvorn herein eine geistige Gemeinschaft vermöge seiner angeborenen geistigen Beschränktheit, seiner Interesselosigkeit und seines träumerischen Wesens nur in beschränktem Maße möglich gewesen. Diese schon früher vorhandene Beschränkung der geistigen Gemeinschaft, wie man sie sonst im allgemeinen voraussetzen müsse, sei durch die Geisteskrankheit zwar gesteigert, doch käme dies einer Aufhebung derselben nicht gleich. Weiter heißt es dann: „Die Verschlimmerung des Geisteszustandes des Beklagten, woran dieser nach der Beweisaufnahme gar keine Schuld trägt, ist eine Krankheit, die die Klägerin als Ehefrau, welche Freud und Leid mit ihrem Ehemann zu teilen hat, tragen muß, wie sie auch schwere körperliche Krankheit zu ertragen haben würde“.

Zunächst möchte ich darauf hinweisen, daß diese Parallele mit körperlichen Erkrankungen weder vom Gesetze angedeutet wird, noch mit allgemein rechtlichen Gesichtspunkten sich vereinigen läßt. Will man den Vergleich unbedingt ziehen, so ist zu bedenken, daß zwar unter Umständen schwere unheilbare körperliche Erkrankungen des einen Ehegatten wirtschaftliche Nachteile bedingen können. Andererseits ist aber die in solchen Fällen vorhandene vollwertige geistige Gemeinschaft, der wesentlichste Grundpfeiler der Ehe, ein nicht unbedeutendes Äquivalent, das zum Teil wenigstens wirtschaftliche Schäden ausgleichen, vor allem aber soziale Mißstände hinsichtlich der Erziehung der Kinder in weitgehendstem Maße hintanhalten kann. Der entscheidende Gesichtspunkt ist jedoch das allgemein menschliche Mitgefühl mit solchen Kranken, dem eine Ehescheidung in solchen Fällen ins Gesicht schlagen würde, während ein objektiv berechtigtes Mitleid bei den bis jetzt aufgeführten Geisteskranken nicht aufkommen kann.

Auch im letzten Beispiel brauchen wir uns darüber keine Skrupeln zu machen. Die schwere Beeinträchtigung des Gemüts- und Gefühlslebens des Kranken garantiert dafür, daß er im ganzen die vollzogene Scheidung mit Ruhe und Gleichgültigkeit aufnehmen würde, wenn er auch äußerlich bestätigt, daß er seine Frau noch liebe, und mit der Scheidung sich nicht einverstanden erklärt. Sein bisheriges Verhalten hat anderes bewiesen.

Die vorhandene Denkstörung — wirre Reden —, die Wahnvorstellungen machen ein geistiges Zusammenleben und Zusammenwirken zwischen den Ehegatten unmöglich. Durch die erforderliche Anstaltsbehandlung, die infolge der Aussichtslosigkeit auf bessere Zeiten als dauernde anzunehmen ist, ist die Familie denselben wirtschaftlichen und sozialen Schädigungen ausgesetzt, die wir auch im vorigen Falle entwickelt haben. Statt umsichtiger Gerechtigkeit birgt auch hier die Bedingung der „geistigen Gemeinschaft“ nach ihrer heutigen Auffassung bittere Ungerechtigkeit und unmenschliche Härten in sich.

Es ist ohne weiteres einleuchtend, daß die unzulängliche Auslegung der „geistigen Gemeinschaft“ auch die praktische Brauchbarkeit des Be-

griffes von der Wiederherstellung derselben beeinträchtigen muß; denn es darf nach dem Gesetze keine Aussicht bestehen, daß die (nach den genannten Beispielen) als unbrauchbar erwiesene „geistige Gemeinschaft" wiederkehren kann. Bei unsern Fällen würden wir uns allerdings wohl in dieser Hinsicht zufrieden geben können. Nehmen wir einmal an, es wäre wider Erwarten in einem Fall die Aufhebung der geistigen Gemeinschaft anerkannt worden, so könnten wir hinsichtlich des fortschreitenden Charakters beider Erkrankungen, sowohl der Epilepsie wie der gekennzeichneten Verlaufsformen der Dementia praecox, sagen, daß wissenschaftlich begründete Aussicht auf wesentliche Besserung der Erkrankung nicht besteht. Bei der Epilepsie und anderen Formen der organischen Demenz ist in vorgeschrittenem Stadium dies selbstverständlich. Aber auch bei der Dementia praecox bieten die Verlaufsformen, bei denen sich entweder schwere affektive Störungen oder eine für diese Krankheit typische Denkstörung entwickelt hat, eine sehr ungünstige Prognose. Dies gilt insbesondere dann, wenn eine gewisse Stabilität des Zustandsbildes durch mehrere Jahre hindurch eingetreten ist.

Für die Frage der Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft handelt es sich aber nicht ohne weiteres um wesentliche Remissionen, sondern darum, ob nicht doch etwa eine solche leichte Besserung möglich wäre, die eine geistige Gemeinschaft im Sinne der üblichen juristischen Auslegung herbeiführen könnte. Man muß scharf unterscheiden zwischen praktischer und psychiatrischer Genesung, wie schon *Schneider* [31] betont hat. Er weist bei dieser Gelegenheit auf einen für diese Frage sehr lehrreichen Fall hin. Eine Ehe war vor Jahren geschieden worden, weil die Frau an einer schweren typischen Dementia praecox erkrankt war. Nach jahrelangem Anstaltsaufenthalt wurde sie gebessert entlassen. Sie zog mit dem Mann wieder zusammen und führt ihm nun schon über ein Jahr völlig geordnet den Haushalt. Es handelt sich um eine stumpfe, harmlose, affektiv sehr wenig regsame, im psychiatrischen Sinne sicher nicht geheilte Frau, eine geistige Gemeinschaft mit dem Ehegatten ist aber, wenn man darunter bewußte Interessengemeinschaft und Verständnis für die Pflichten des ehelichen Verhältnisses versteht, sicher wieder vorhanden. Die beiden Eheleute leben nun im Konkubinat, und die Frau bemühte sich bisher vergebens, das zur Wiederverheiratung erforderliche ärztliche Gesundheitszeugnis zu bekommen.

Zweifellos ein groteskes Beispiel, das immerhin zu denken gibt. Doch können wir wohl ruhig sagen, daß ein derartiger Gang der Dinge nur äußerst selten ist. Wir lernen daraus, daß die Prognose bei der Dementia praecox nicht durchweg eine extrem ungünstige ist; eine Tatsache, die heute ja hinlänglich bekannt sein dürfte. Ich werde später auf diesen Fall noch zurückkommen.

Schneider glaubt nun aus seiner Beobachtung den Schluß ziehen zu müssen, daß streng genommen eine Dementia praecox nie Ehescheidungs-



grund sein könne, da selbst in den schwersten Fällen immer derartige Besserungen vorkommen könnten, daß eine Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft im Sinne des Gesetzes sehr wohl eingetreten sei. Diesen verallgemeinernden Standpunkt möchte ich nicht teilen. So würde gerade bei unsern genannten Fällen die Verneinung einer solchen Besserung, welche Aussicht auf Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft bieten könnte, mit dem ärztlichen Gewissen wohl in Einklang zu bringen sein. Anders ist es jedoch z. B. bei den periodisch, mehr in akuten Schüben verlaufenden Formen dieser Krankheit. Nehmen wir z. B. folgenden Fall einer seit mehr als 3 Jahren erkrankten Ehefrau an. Den Beginn der Erkrankung bildete eine plötzlich ausbrechende akute katatonische Erregung, die nach einigen Monaten wieder abklang. Die Frau wurde als „geheilt" aus der Anstalt entlassen. Zu Hause fiel nur eine gewisse Gleichgültigkeit dem Manne gegenüber auf, sie sorgte nicht mehr so wie früher für die Kinder und führte ein nachlässiges Regiment im Haushalt. Nach etwa 1½ Jahren erneute schwere Erkrankung. Zunächst ängstliche Erregung mit massenhaften Sinnestäuschungen auf allen Gebieten, Beeinflussungsideen und sonstigen paranoiden Wahnideen, die sich vor allem auch gegen den Ehemann richteten. Diesmal wurde sie nach halbjähriger Anstaltsbehandlung gebessert nach Haus entlassen. Die Wahnideen waren angeblich verschwunden, doch blieb eine mißtrauisch gereizte Stimmung gegen den Mann eine Zeitlang noch bestehen. Sinnestäuschungen bestanden nicht mehr. Auffallend war sie nur in ihrem affektiven Verhalten. Sie vernachlässigte die Kinder, kümmerte sich wenig um sie, hatte für nichts mehr recht Interesse, saß oft stundenlang daheim herum, war dabei aber noch imstande, den Haushalt im großen und ganzen zu versorgen. Der durch die Ehe ihr auferlegten Pflichten war sie sich wohl bewußt, zeigte gelegentlich auch noch Interesse für ihre Kinder, ihren Mann, wenn sich dies auch nur auf rein oberflächliche Gefühlsäußerungen beschränkte. So lebte sie wiederum zwei volle Jahre in ihrer Familie. Gegen Ende dieser Zeit machte sich von neuem ein merkwürdiges, unbegründetes Mißtrauen bei ihr geltend. Allmählich verdichtete sich diese Einstellung zu ausgesprochen paranoiden Wahnideen; sie glaubte sich von ihrem Manne beeinträchtigt, körperlich beeinflußt, fürchtete, er würde ihr nach dem Leben trachten. Mit dem Beginn einer neuen Erregung wurde sie wiederum anstaltbedürftig. Die akute Erregung klang nach einigen Wochen ab. Doch bestand das paranoide Wahnsystem gegen ihren Mann schon seit etwa $^3/_4$ Jahren unverändert fort; sie bot eine typische schizophrene Denkstörung, war in ihren sprachlichen Äußerungen vollkommen zusammenhanglos und zerfahren und zeigte im übrigen das Bild einer gemütlichen Verblödung, wie es für diese Erkrankung charakteristisch ist. Auch für die Kinder hatte sie kein nennenswertes Interesse mehr.

Werfen wir nun hier die Frage der Ehescheidung auf, so werden wir die Bedingung der dreijährigen Psychose, welche die geistige Gemeinschaft



mit dem anderen Ehegatten aufgehoben hat, wohl ohne weiteres als gegeben erachten können. Wie verhält es sich aber mit der Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft? Betrachten wir den bisherigen Verlauf der Geisteskrankheit, so werden wir mit gutem Gewissen eine Besserung nicht ausschließen können. Es ist nicht unwahrscheinlich, daß ebenso wie nach den früheren Anfällen auch jetzt wiederum eine praktische Genesung insofern eintritt, als sie vielleicht wiederum daheim im Kreise der Familie leben und, wenn auch in beschränktem Maße, fähig sein kann, eine gewisse rein äußere Fürsorge für Mann und Kinder zu betätigen. Eine Störung ihres Affektlebens, eine ausgesprochene gemütliche Stumpfheit und Apathie wird jedoch ohne Zweifel bei ihr zurückbleiben. Nach der bisherigen Auffassung des Gesetzes könnten wir unter diesen Umständen wohl schwerlich die dritte Voraussetzng des § 1569 bejahen. Bedenken wir aber, daß schon nach der ersten akuten psychotischen Phase sich die ersten Zeichen einer dauernden Veränderung der Persönlichkeit geltend machten, die im Laufe der Zeit sich mehr und mehr ausprägten, daß ferner nach dem zweiten Anfall dadurch eine vollwertige geistige Gemeinschaft nicht mehr aufkommen konnte, so werden wir bei einer event. praktischen Genesung kein sehr günstiges Ergebnis hinsichtlich der geistigen Gemeinschaft erwarten dürfen. Zum mindesten werden wir sagen können, daß der Ehemann an ihr weder für die praktische, noch für die soziale Aufgabe der Ehe eine wesentliche Unterstützung haben wird, ganz abgesehen davon, daß die früheren ideellen Güter, die eheliche Gefühlsgemeinschaft aufgebaut auf gegenseitiger Liebe und gegenseitigem Vertrauen, ihm für immer rettungslos verloren gingen. Der Standpunkt des Rechtes, allgemein humanitäre Gesichtspunkte werden auch hier sich unbedingt für eine Ehescheidung einsetzen müssen.

Nun noch kurz zu dem von *Schneider* mitgeteilten Fall von praktischer Genesung einer alten Dementia praecox. Zweifellos wird nur ein geistig und moralisch auf niedriger Stufe stehender Ehemann es als ein Glück ansehen, mit einer zwar äußerlich geordneten, aber affektiv und geistig defekten Frau in ehelicher Gemeinschaft weiterleben zu dürfen. Wenn sie ihm auch, wie in diesem Fall, den Haushalt führt, ihm also wesentliche wirtschaftliche Sorgen erspart bleiben, so kann doch von einer vollwertigen geistigen Gemeinschaft im Sinne gemeinsamen Denkens und Fühlens, wie wir sie auffassen, nicht die Rede sein. Eine derartige Erstarrung des Gefühlslebens, wie sie solchen Kranken eigen ist, genügt gerade für die niedrigsten Bedürfnisse, nicht aber für die Gefühlswerte, auf die jeder Gatte in der Ehe Recht und Anspruch hat. Wenn man sich nicht zu sehr von sympathischen Empfindungen für die kranke Frau leiten läßt, die in diesem Falle der gemütlichen Beeinträchtigung kaum ins Gewicht fallen können, so darf man auch hier die vollzogene Ehescheidung nicht als ein Unglück ansehen. Die äußerst geringen Ansprüche, die in vorliegendem Falle der Ehemann an die „geistige" (!) Gemeinschaft



mit seiner Frau stellt, können nicht allgemein maßgebend sein für die Beurteilung der Ehescheidungsfrage überhaupt. Mag in einem unter hundert Fällen die Gerichtsentscheidung scheinbar Härten nach sich ziehen, so würde eine allgemeine Verschärfung der Ehescheidungsbedingungen zwar diese Härte in Zukunft aufheben, dafür aber das Vielfache von Ungerechtigkeit in den anderen Fällen heraufbeschwören. Ich kann mich also nicht zur Überzeugung durchringen, daß durch den Fall *Schneider* eine schärfere Beurteilung der Bedingungen speziell der Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft für die Allgemeinheit als erforderlich bewiesen wäre, zumal, da wir nicht wissen, ob die vorliegende Remission wirklich von Dauer war. Vielmehr bin ich entgegengesetzter Ansicht. Dafür noch ein Beispiel, welches wiederum die allzu enge Fassung des Gesichtspunktes der „Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft" nach der bisherigen Auslegung letzterer zeigen wird.

Es handelt sich um ein Gutachten, das von *Vorster* (Psych. Wochenschr. 1902, Bd. 3, S. 502) mitgeteilt wurde. Die im Jahre 1855 geborene ledige Patientin machte im Jahre 1878 eine psychische Erkrankung durch, die ein ausgesprochen katatonisches Gepräge zeigte. Sie war in dieser Zeit anfangs ängstlich erregt, verweigerte die Nahrung, versuchte sich zu ertränken. Offenbar stand sie unter dem Einfluß von Sinnestäuschungen und äußerte phantastische Wahnvorstellungen, „sei aus Holz, habe kein Blut mehr, alles sei verändert". Bald war sie harmlos, läppisch heiter, bald in schwerer motorischer Erregung, tobte, schrie, zerriß und beschmutzte alles, zerkratzte sich, versuchte sich die Haare abzureiben und masturbierte oft stundenlang. Im Laufe der Behandlung zeigten sich ausgesprochene Verbigerationen und eine typische Stumpfheit des Affektes. Gelegentlich traten ganz impulsive Handlungen hervor, in denen sie ohne Grund gewalttätig und gefährlich für ihre Umgebung wurde. Nach einem Jahr etwa gingen die psychotischen Erscheinungen langsam zurück, so daß sie als geheilt entlassen werden konnte. Zwei Jahre später verheiratete sich die Patientin und blieb in 14jähriger Ehe vollkommen gesund. Im Herbst des Jahres 1896 (16 Jahre nach der Heilung von dem ersten Anfall) erkrankte sie von neuem. Anfangs bot sie ein ähnliches Krankheitsbild ängstlicher Erregung wie damals, zeitweise war sie läppisch heiter, wollte mit dem Arzt tanzen. Später entwickelte sich ein Zustand faseliger Verblödung; auf Befragen gab sie gänzlich sinnlose Antworten, oft brachte sie stundenlang in stereotyper Weise immer wieder dieselbe Äußerung vor: Sie erwies sich als vollkommen gleichgültig und apathisch ihrem Manne und ihrer Familie gegenüber, zeigte auch in der Anstalt für nichts Interesse. Dabei bestand dauernd ein merkwürdig grinsender verzerrter Gesichtsausdruck und eine steife Haltung des Körpers. Die Frage der Ehescheidung ging vollkommen spurlos an ihr vorüber. Dieser Zustand dauerte zur Zeit der Begutachtung schon etwa 4 Jahre an in immer der gleichen stabilen Weise. Das Gutachten bejahte die Frage der Aufhebung



der geistigen Gemeinschaft ohne weiteres, nicht jedoch die weitere Bedingung, daß die Aussicht auf Wiederherstellung aufgehoben sei. Zwar wurde betont, daß eine Heilung gewiß nicht mehr zu erwarten sei. Mit Rücksicht darauf jedoch, daß die frühere Erkrankung ähnlicher Art restlos geheilt war, und daß bei der vorliegenden Erkrankung, der Katatonie, gewisse Besserungen noch möglich seien, konnte die Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft nicht aussichtslos erscheinen. Denn, so argumentiert *Vorster*, solange noch irgendwelche Zeichen darauf hinweisen, daß eine Wiederherstellung nicht ganz aussichtslos sei, dürften die Vorbedingungen des § 1569 nicht bejaht werden.

Nach den bestehenden Gesetzen konnte das Gutachten zu keinem andern Ergebnis führen. Und doch möchte ich auch in diesem Falle unbedingt die Notwendigkeit der Ehescheidung vertreten. Hat es sich wirklich um eine katatonische Erkrankung gehandelt, was nach der Schilderung unbedingt anzunehmen ist, so wird eine Besserung nach wissenschaftlich-ärztlichen Gründen nur in dem Sinne zu erwarten sein, daß nach Zurücktreten der Symptome psychomotorischer Erregung ein Zustand affektiver Verblödung schwererer Art als Rest zurückbleibt, der die Verpflichtung ehelicher Gemeinschaft wenig ersprießlich und unmenschlich erscheinen läßt.

Als Störung der geistigen Gemeinschaft fanden wir in den bisher genannten Beispielen vor allem die Beeinträchtigung der gemütlichen Seite des Seelenlebens bei dem erkrankten Ehegatten, die eine Interessengemeinschaft im wahren Sinne des Wortes, nicht im Sinne des Gesetzes unmöglich erscheinen ließen. Nicht unwesentlich für die Frage der geistigen Gemeinschaft sind auch alle diejenigen Psychosen, bei denen Wahnbildungen im Vordergrund stehen. So spielen hier vor allem paranoische Wahnideen, Beeinträchtigungs- und Eifersuchtsideen gegen den anderen Ehegatten eine beträchtliche Rolle, da sie in den meisten Fällen das Handeln der Kranken in entsprechendem Sinne beeinflussen und dadurch die gemeinsamen Familieninteressen aufs ärgste gefährden. Im allgemeinen wird man bei derartigen Erkrankungen die geistige Gemeinschaft in der üblichen Auslegung als aufgehoben bezeichnen können und damit menschlich, gerecht verfahren. Meiner Ansicht nach ist überhaupt bei Wahnbildungen eine geistige Gemeinschaft undenkbar. Die juristische Auslegung vertritt jedoch einen andern Standpunkt, wie aus einem Urteil des Reichsgerichts vom 18. 12. 1902 [32] hervorgeht. Es wurde betont, daß die Kranke trotz Sinnestäuschungen und Wahnideen sich äußerlich ruhig und arbeitsam verhalte, keine unsittlichen Handlungen vollführe. Daß sie zuweilen ihre Kinder aufsuchte, wurde für das Vorliegen von Interesse an der Familie geltend gemacht. Es wurde zwar darauf hingewiesen, daß die Wahnideen und Sinnestäuschungen der Beklagten ihrer Umgebung lästig werden und auch auf die Erziehung der Kinder nachteilig einwirken könnten, „doch wäre die demzufolge für die Kinder be-



stehende sittliche Gefahr nicht so dringend, daß die Scheidung der Ehe den einzigen Ausgang bilde". Trotzdem die Beklagte Ideen äußerte wie „Kläger wäre nicht der Mann, den sie geheiratet hätte, der sei viel größer gewesen, ihr Mann sei schon einmal gestorben, sie habe ihn in das Leben gerufen, in ihrem Haushalt wolle man sie vergiften", wurde auf Aufhebung der geistigen Gemeinschaft nicht erkannt. Weil in diesem Falle der Schilderung nach eine gewisse äußere Fürsorge für die Familie vorhanden war (sie arbeitete gelegentlich auf dem Felde), und weil sie zeitweise Interesse für ihre Kinder bekundete, konnte das Gericht die Möglichkeit einer Ehescheidung nicht anerkennen. Aus dem recht summarischen Bericht über die Sachlage läßt sich soviel entnehmen, daß streng genommen von gemeinsamem Denken und Fühlen nicht die Rede sein konnte. Jeder Psychiater wird ohne weiteres bei dem Bestehen von Wahnideen und Sinnestäuschungen zugeben müssen, daß die Möglichkeit eines gleichgerichteten Gedankenganges und eine gegenseitige Beeinflussung desselben sowie eine wahre Gefühlsgemeinschaft durch diese krankhaften Erscheinungen aufs schwerste beeinträchtigt, in den meisten Fällen sogar vollkommen zerstört ist. Bei wahrscheinlicher Unheilbarkeit des betreffenden Zustandes wäre daher eine Ehescheidung Forderung der gerechten Berücksichtigung des gesunden Ehegatten.

Der großen Gruppe der Schizophrenien gegenüber, die zusammen mit den organischen Defektzuständen wohl den Hauptteil der Ehescheidungsklagen ausmachen, spielen die periodischen und zirkulären Erkrankungen des manisch-depressiven Irreseins eine relativ geringe Rolle. Schon die Bedingung der dreijährigen ununterbrochenen Dauer wird hier nur von den wenigsten Fällen erfüllt. Ferner ist die Frage der Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft bei der vorwiegend günstigen Prognose dieser Erkrankung ein durchaus berechtigtes Hindernis. Wie könnte man es auch zulassen, daß vorübergehende, wenn auch lange Jahre dauernde Psychosen, die sichere Aussicht auf Heilung bieten, zur Ehescheidung berechtigen? Das hieße, die sympathischen Gefühlsbeziehungen von Mensch zu Mensch, einen unumgänglich notwendigen Grundpfeiler der Gesellschaftsordnung, mit Füßen treten. Doch müssen wir auch hier differenzieren. Es sind Verlaufsformen dieser Erkrankung denkbar, auch wissenschaftlich mit genügender Sicherheit erkennbar, welche wohl eine Ehescheidung berechtigt erscheinen lassen. Folgenden Fall [33] möchte ich hierfür als Beispiel anführen.

Die 1851 geborene, erblich schwer belastete Patientin war schon im Jahre 1873 wegen einer Manie und 1886 wegen einer Melancholie in einer Anstalt aufgenommen. In der Zwischenzeit 1881 verheiratete sie sich. Im Jahre 1890 wurde sie zum drittenmal anstaltbedürftig. Nachdem sie sich längere Zeit nicht mehr wohl gefühlt hatte, fing sie an, Kind und Haushalt zu vernachlässigen, wurde aufgeregt, sprach viel und alles durcheinander, ferner traten Sinnestäuschungen und Wahnideen auf. Die



folgenden 11 Jahre waren ausgefüllt von schweren manischen Erregungen mit Verfolgungs- und Beziehungsideen, die zwischenhinein von Zeiten depressiver Verstimmung abgelöst wurden. Gelegentlich wurden ruhigere Zeiten bei ihr beobachtet, in denen sie aufrichtige Teilnahme an dem Ergehen ihrer Familie bekundete und völlig geordnete Briefe schrieb. Solche Perioden waren immer nur von sehr kurzer Dauer; bald machten sich regelmäßig wieder die Zeichen einer neuen Erregung bemerkbar, in der sie zank- und ränkesüchtig war, beseelt von einem rücksichtslosen Egoismus, und in unerträglicher Weise ihre Umgebung tyrannisierte. Im Jahr 1901 betrieb der Ehemann auf Grund des § 1569 die Ehescheidung. Die Patientin war seit 1890 dauernd anstaltbedürftig. Das Gutachten stellte die Diagnose manisch-depressives Irresein mit Zeiträumen relativen Wohlbefindens. Die geistige Gemeinschaft sei nicht als aufgehoben zu betrachten, da die Patientin vielmehr einen ausgeprägten Familiensinn besitze, was an der Hand zahlreicher, insbesondere in der letzten Zeit, völlig geordneter Briefe erwiesen werden könnte. Die mitgeteilte Katamnese ergab, daß die Pat. in den nächsten 8 Jahren dauernd der Anstaltspflege bedurfte; auch weiterhin wechselten ausgesprochen manisch-depressive Phasen mit Zeiten besseren Befindens.

Schon *Artmann* betont, daß der Fortbestand dieser Ehe auf dem nicht geschiedenen Ehemann stark gelastet habe, der obendrein mit schweren materiellen Sorgen zu kämpfen hatte. Nach meiner Auffassung ist auch diese Krankengeschichte ein Beweis menschlichen Elends, heraufbeschworen durch die Ungerechtigkeit des Gesetzes. Glück und Ziel der Ehe sind durch die bei der Scheidungsklage 11 Jahre währende Psychose für den Ehemann vollkommen vernichtet. Wenn auch die Frau gelegentlich durch Briefe Interesse am Wohlergehen der Familie bekundete, so ist doch dies weit entfernt von der Gemeinschaft, welche die Eheleute zu gemeinsamem Streben und Wirken vereinigen sollte, welches allein das Glück der Ehe aufbauen kann. Besonders noch in Anbetracht der Tatsache, daß der ärztliche Sachverständige bei dem bisherigen Verlauf mit großer Wahrscheinlichkeit eine ungünstige Prognose annehmen mußte, die sich auch nachträglich durchaus bewahrheitet hat.

Derartige prognostisch ungünstige Fälle des zirkulären Irreseins, die durch Jahrzehnte hindurch das Bild ständigen Wechsels der beiden extremen Stimmungsphasen bieten, ohne daß diese Schwankungen durch längere Zeiten ruhigen, normalen Denkens und Fühlens durchbrochen wären, sind meiner Ansicht nach durchaus dazu qualifiziert, bei der Ehescheidung wegen Geisteskrankheit berücksichtigt zu werden. Allerdings reicht dazu die heutige Fassung des § 1569 nicht aus.

Als letztes Beispiel möchte ich noch einen Fall erwähnen, der im Jahre 1913 hinsichtlich der Frage, ob der § 1569 gegeben sei, in der Tübinger Universitätsklinik für Gemüts- und Nervenkrankheiten begutachtet wurde. Die so häufige eheliche Tragödie, welche vor allem auf moralische Minder-



wertigkeit des einen Teils zurückgeht, wird uns dadurch lebhaft vor Augen geführt.

Es handelt sich um eine im Jahre 1863 geborene Patientin, die seit 1897, zur Zeit der Ehescheidungsklage 16 Jahre lang verheiratet war. Erblich schwer belastet, war sie von Haus aus ausgesprochen krankhaft veranlagt und geistig minderwertig. Seit dem Jahre 1896 bestanden bei ihr Stimmungsschwankungen zirkulärer Art. In der ersten depressiven Phase hatte sie sich das Leben nehmen wollen. In den manischen Zeiten ist sie später besonders tief ins Trinken hineingekommen, und die Manie komplizierte sich mit alkoholischen Zügen. Diese vorwiegend sekundäre Trunksucht verschlechterte dann ihre Gesamtkonstitution, steigerte die Erregbarkeit und den sittlichen Verfall. Mehrfach kam sie wegen Zechprellerei, Betrugs oder anderer kleiner Vergehen gegen die öffentliche Ordnung mit der Polizei in Konflikt; ihr Mann, der dem Trinken ebenfalls nicht ganz abhold war, lebte zeitweise von ihr getrennt, da sie ihm das Leben oft unerträglich machte. In den anfallfreien Zeiten trat der durch den Alkoholismus verschlimmerte psychopathische Grundzustand, die schwere degenerative Veranlagung in verstärktem Maße hervor, so daß sie ihrem Verhalten nach auch in dieser Zeit als abnorm zu gelten hatte. Sie war zwar in dieser Zeit fähig, sich ihr Brot notdürftig zu verdienen, vernachlässigte jedoch Haushalt und Kinder vollkommen, kochte nicht mehr und trank viel außerhalb des Hauses. Einmal wurde sie polizeilich festgenommen, weil sie „ihre Mutterpflichten grob vernachlässigt“ hatte; die Kinder wurden in einem geradezu schauderhaft verwahrlosten Zustande aufgefunden. Bei der Untersuchung zeigte sie ein sehr erregtes Wesen, war absolut uneinsichtig für ihre sozialen Entgleisungen. In schamloser Weise sprach sie von sexuellen Dingen, scheute sich nicht, alle Zeugen, die gegen sie aussagten, als „Lumpen“ zu bezeichnen; sie war von einem blinden Haß gegen ihren Ehemann beseelt, den sie in der gemeinsten Art beschimpfte. Nach den Akten war mit Sicherheit anzunehmen daß sie mit Bewußtsein log und Tatsachen entstellte. Von Krankheitseinsicht war keine Rede, vielmehr behauptete sie, ihr Mann habe sie durch schlechte Behandlung und durch seinen unsittlichen Lebenswandel so weit gebracht. Alles in allem bot sie das Bild einer leichten gereizten Hypomanie mit starken degenerativen Zügen. Eine Abnahme der Intelligenz war bei ihr nicht nachzuweisen; sie bewies in der Frage der Ehescheidung durchaus das nötige Verständnis, sie wollte keine geschiedene Frau sein, vor allem wollte sie nicht auf die Zugehörigkeit zu ihren Kindern verzichten, die sie zu lieben vorgab. Sie war sich der ehelichen Pflichten und Rechte vollauf bewußt. Das Gutachten kam zu dem Ergebnis, daß zwar eine Fortführung der Ehe mit dem gehaßten Manne wenig förderlich erscheine, daß aber doch keine ausgesprochene schwere Geisteskrankheit vorliege, bei der jede geistige Gemeinschaft aufgehoben sei, wenn auch eine Besserung der geistig abnormen, sittlich minderwertigen Persönlichkeitsstruktur wohl



nicht zu erwarten sei. Es läge wohl kaum im Sinne des Gesetzes, wenn eine Frau von ihrem Manne wegen Geisteskrankheit geschieden würde, die trotz mancher Abnormitäten doch noch imstande sei, sich durch Arbeit ihr Brot zu verdienen und ihre Abneigung gegen die Ehescheidung mit vernünftigen Gründen zu motivieren, zumal da auch wohl der Ehemann durch eigene Trunksucht und durch die grobe Behandlung seiner Frau an der Zerrüttung der Ehe, wenigstens in beschränktem Maße, mitschuldig sei. Zweifellos konnte eine gewissenhafte Beurteilung nicht anders entscheiden.

Mag es richtig sein, daß in diesem Falle der geistig gesunde Ehegatte, selber ein Trinker, viel zu Zwistigkeiten in der Ehe durch rohes, brutales Wesen beigetragen hat. Als wesentlich zerrüttenden Moment müssen wir jedoch die krankhafte seelische Verfassung der Ehefrau ansprechen. Das ständige Schwanken zwischen depressiven und hypomanischen Verstimmungen, die ausgesprochen degenerative Färbung der ganzen Persönlichkeit lassen ein Fortbestehen der Ehe äußerst unerquicklich, ja ungerecht erscheinen. Noch mehr werden wir die Ungerechtigkeit des Gesetzes empfinden, wenn wir uns als Ehemann eine ethisch und moralisch hochstehende, feinsinnige Persönlichkeit denken. Eine derartige Kombination wäre ja denkbar. Ein unsagbar gequältes Dasein voll psychischer Leiden und Entbehrungen wäre das traurige Los des Ehemannes.

Nicht selten findet man als Ursache solcher unglücklichen Ehen schwer pathologische Persönlichkeiten, wie sie unser Beispiel charakterisiert. Seelische Abnormitäten entweder auf dem Boden des zirkulären Irreseins kombiniert mit degenerativen Zügen oder bei schweren hysterischen Seelenstörungen, dem sogenannten Entartungsirresein. Mit Recht ist schon von anderer Seite darauf hingewiesen worden, daß derartige Kranke dem anderen Ehegatten das Leben in der Ehe zur wahren Hölle machen können. Die Möglichkeit der Ehescheidung ist hier eine ebenso dringliche Notwendigkeit, eine Forderung der Gerechtigkeit wie bei den genannten Formen regulärer Geisteskrankheiten. Die geistige Gemeinschaft wird jedoch in solchen Fällen nur schwerlich von juristischer Seite als aufgehoben anerkannt werden, da nur selten irgendwelche Störungen der Verstandestätigkeit zu finden sind. Mehr oder weniger geschädigt sind vielmehr die ethischen und moralischen Qualitäten, deren Minderwertigkeit nur selten dem Laien als Krankheit imponieren wird. Und doch handelt es sich um eine schwere seelische Störung, die wir unbedenklich als Geisteskrankheit bezeichnen können, und die in ihrer ganzen Tragweite nur von psychiatrischer Seite genügend gewürdigt werden kann. Für eine Ehescheidung reicht jedoch gerade bei diesen Formen die Bedingung der bisher üblichen geistigen Gemeinschaft nicht aus. Die Fähigkeit zu gemeinsamem Denken und Fühlen wird als möglich zugegeben werden müssen. Die Momente, welche eine eheliche Gemeinschaft unerträglich machen, gipfeln vielmehr in einer Störung der Willenstätigkeit dieser Individuen.



deren Triebkräfte letzten Endes auf moralische Eigenschaften zurückgehen. Es fehlt ihnen die Fähigkeit und der feste Wille, die durch die Ehe gegebenen gemeinsamen Familieninteressen zu fördern und zu betätigen. Trat uns die Störung auf dem Gebiete des Willens speziell bei den schizophrenen Psychosen als wesentlicher Faktor für die Aufhebung der geistigen Gemeinschaft entgegen, so wird sie uns gerade bei den seelischen Erkrankungen, die mit ethischen und moralischen Defekten einhergehen, besonders deutlich. Auch diese werden durch den Ehescheidungsparagraphen nicht in hinreichendem Maße erfaßt.

Betrachten wir noch einmal zusammenfassend die genannten Beispiele, denen noch eine ganze Reihe ähnlicher an die Seite gestellt werden könnte.

Ich habe den Standpunkt vertreten, daß die bisherige Gesetzgebung sich allzusehr von der Rücksichtnahme auf den erkrankten Ehegatten leiten läßt und gleichzeitig damit gegen den gesunden Teil mit ungerechter Härte verfährt. Eine Milderung der Ehescheidungsbedingungen würde dies Mißverhältnis zugunsten des gesunden Ehegatten verschieben. Der ideale Zustand einer harmonischen Beurteilung für alle Fälle, bei der sowohl der eine wie der andere Teil sympatischen Empfindungen gemäß mit dem gleichen Maß der Gerechtigkeit bedacht würde, liegt im Bereich des Unmöglichen. Infolgedessen muß man sich bei einer Bewertung des § 1569 für den einen der beiden extremen Standpunkte entscheiden. Es fragt sich, welcher Teil die größere Rücksichtnahme verdient: der geisteskranke Ehegegatte, der in keiner Beziehung mehr für seine Familie weder in ideeller noch in praktischer Hinsicht positive Bedeutung hat, oder der gesunde vollwertige Ehegatte, der in erster Linie auch für die Erziehung der Kinder aufzukommen hat. Letzten Endes werden es Weltanschauungsfragen sein, ob man mehr zu einer moralischen Auffassung von der Ehe als einer religiös-sittlichen Institution neigt, oder ob bei der Wertung der Ehe auch biologische und wirtschaftlich soziale Gesichtspunkte in Rechnung gesetzt werden sollen. Meiner Ansicht nach ist es nicht schwer, zwischen diesen beiden Alternativen die Entscheidung zu treffen. Das Mitleid mit dem geisteskranken Ehegatten wird weit in den Schatten gestellt von den schweren Schädigungen, denen seine Familie infolge seiner Krankheit ausgesetzt ist; diese fordern in



weit höherem Maße das menschliche Mitgefühl heraus. Unsere heutige Gesetzgebung trägt diesen Erwägungen nicht genügend Rechnung, wie wir an den verschiedenen Beispielen gesehen haben. Ich möchte mich daher mit aller Energie für eine Erweiterung des § 1569 einsetzen.

Maßgebend für mich waren die wichtigsten Momente der ehelichen Gemeinschaft, die durch die Geisteskrankheit des einen Teils eine schwere Beeinträchtigung erfahren. In erster Linie die so viel umstrittene geistige Gemeinschaft in der Ehe, die vor allem die inneren Güter des Menschen in sich begreift. *Näcke*[34] hat diese folgendermaßen charakterisiert: Geistiges Ineinanderleben, gegenseitiges Befördern im Guten, wahrhafte gegenseitige Teilnahme in Freud und Leid und zweckmäßige Kindererziehung mit gutem, vorbildlichem Beispiel der Eltern. Für die Mehrzahl der Ehen werden diese Anforderungen an die geistige Gemeinschaft nicht zu hoch gegriffen sein. Wenn auch das Gesetz einen andern Standpunkt vertrat, so haben doch diese ideellen Werte und Güter der ehelichen Gemeinschaft durch die hier gekennzeichneten Psychosen nicht nur vorübergehend, sondern dauernd eine solch schwere Einbuße erlitten, daß sie ihrem ursprünglichen Wesen nach unwiederbringlich dahingeschwunden sind. Der gesunde Ehegatte hat aber zweifellos ein Recht auf sie, und darin sollte er im Gesetz mehr Unterstützung finden als bisher. Weiterhin machte ich für eine umfassende Erweiterung der Scheidungsmöglichkeit die wirtschaftlichen und sozialen Aufgaben der Ehe geltend, die in den meisten Fällen von Geisteskrankheit des einen Ehegatten, sobald es sich nicht um die vermögenden Schichten der Bevölkerung handelt, schwere Not leiden. Hier ist vor allem das Los der jüngeren Generation, der Nachkommen, zu bedenken. Fällt das Mitwirken des einen elterlichen Teiles an diesen Aufgaben fort, so muß der andere gesunde Teil fast ausschließlich für den Lebensunterhalt seiner Familie sorgen und daher mehr oder weniger die Kinder sich selbst überlassen. Mag Vater oder Mutter ein Opfer des verhängnisvollen Schicksals geistiger Störung werden, immer droht den Kindern Elend und Not und infolge mangelhafter Erziehung auch geistige Verwahrlosung, die den Anfang bildet zu sozialem Abstieg und Untergang. Im übrigen



möchte ich noch einmal auf die Worte von *Hasse*[2] hinweisen, der die Nachteile nicht geschiedener Ehen im Falle der Geisteskrankheit des einen Teils kurz und prägnant zusammenfaßt: „Ich habe namentlich 3 Fälle im Auge, welche erwähnt zu werden verdienen. In dem einen nahm der gesunde Ehegatte zur Erziehung seiner Kinder und zur Führung des Haushaltes ein Frauenzimmer ins Haus, mit welchem er sehr bald konkubinierte und uneheliche Kinder zeugte. In dem andern wäre der gesunden Ehegattin, welche mit ihren Kindern durch den Verlust des Mannes in große materielle Not geraten war, durch die Eingehung einer neuen Ehe die Gelegenheit zu einer auskömmlichen Existenz und Erziehung ihrer Kinder gegeben, worauf sie nunmehr verzichten mußte. In einem dritten Fall verwahrlosten die Kinder, da der Mann seiner Arbeit nachgehen mußte und die Kinder sich selbst überlassen blieben, körperlich wie geistig“.

Die wirtschaftlichen, sozialen Nachteile und moralischen Gefahren, die eine nicht ausgesprochene Ehescheidung mit sich bringen kann, werden uns hierdurch eindringlichst vor Augen geführt. Diese Faktoren sind es wahrhaftig wert, durch das Gesetz in genügender Hinsicht berücksichtigt zu werden.

Ein weiterer nicht unwesentlicher Gesichtspunkt sollte ferner bei unserer Frage noch beachtet werden; das ist die Ehe in ihrer biologischen Bedeutung. Wie schon *Gaupp*[36] betont hat, steht diese Auffassung von der Ehe allerdings mit dem konservativen Geist, der im Gesetz durchweg beobachtet werden kann, sehr im Widerspruch. Nach streng juristischer Definition ist „die Ehe als eine rechtliche und sittliche Ordnung anzusehen, deren Aufrechterhaltung, wenn irgend möglich, anzustreben ist“. „Der Kampf um den § 1569 illustriert diesen konservativen Grundzug unserer damaligen Gesetzgebung deutlich, und die in den letzten 8 Jahren gefällten Entscheidungen unseres obersten Gerichts lassen ebenfalls keinen Zweifel daran aufkommen, daß in der Auffassung der Ehe der rechtlich-moralische Standpunkt über den — wenn ich so sagen darf — biologischen auf der ganzen Linie gesiegt hat.“ Sehr treffend kennzeichnet *Gaupp* die Bedeutung der Fortpflanzung für das Wesen der Ehe. „Der egoistischen, rein individualistischen Auffassung, die gegenwärtig



noch überwiegt, soll und wird wohl eine mehr soziale folgen, die es offen ausspricht, daß der erste und wichtigste Zweck der Ehe die Fortpflanzung ist, daß die Rechte der zukünftigen Generationen denen der Lebenden als gleichwertig gelten müssen".

Für unsere Frage spielt gerade die biologische Seite des Eheproblems eine nicht unwichtige Rolle. Die Nachkommenschaft ist aufs schwerste gefährdet, da nachgewiesenermaßen gerade die hier häufig in Betracht kommenden endogenen Geisteskrankheiten eine starke Vererbungstendenz zeigen, zum mindesten aber der Nachkommenschaft den Stempel der Degeneration aufdrücken. Wenn ich auch weit entfernt davon bin, diesen Faktor als ausschlaggebend bei der Beurteilung der Ehescheidung anzusehen, so ist es doch bei Zutreffen noch anderer Bedingungen gewiß ein nicht zu unterschätzender Vorteil, daß die Verlängerungsmöglichkeit der Ehe und damit weiterhin die Zeugung minderwertiger Nachkommen unterbunden wird.

Von einer angemessenen Berücksichtigung dieser verschiedenen Gesichtspunkte ist im Gesetz nichts zu finden. Und doch hat der gesunde Ehegatte und nicht zum mindesten auch die Kinder — letztere wenigstens rein menschlich genommen — ein Recht darauf, daß ihren Interessen eine größere Bedeutung beigelegt wird als bisher. Daß dies nur geschehen darf, wenn andererseits die objektiv berechtigten Interessen des kranken Ehegatten nach Möglichkeit gewahrt bleiben, ist selbstverständlich, so verlangt es die Würde der Ehe und der menschlich gerechte Standpunkt, den das Gesetz verkörpern soll.

Die Wertung dieser beiderseitigen Interessen, bei welcher der gesunde Teil das Recht auf eingehendere Berücksichtigung für sich hat, gibt zugleich die Richtlinien für eine Änderung des § 1569. Wir müssen versuchen, denselben in manchen Teilen in dem Sinne zu mildern, daß in weiterem Umfang als bisher dem an einen Geisteskranken geketteten gesunden Teil einer Ehe die Möglichkeit der Scheidung und damit die Aussicht auf Gründung einer neuen ehelichen Gemeinschaft gegeben wird.

In der jetzigen Fassung des § 1569 kommen als Voraussetzung für die Ehescheidung drei verschiedene Faktoren in Betracht. Der eine von ihnen weist in die Vergangenheit und betrifft



die verflossene Dauer der Geisteskrankheit, der zweite bezieht sich auf den gegenwärtigen Zustand der Kranken, der dritte deutet in die Zukunft und befaßt sich mit der Prognose der Erkrankung. Diese Dreiteilung möchte ich als zweckmäßig beibehalten.

Die erste Voraussetzung der dreijährigen Dauer der Geisteskrankheit entspricht, wie ich schon erwähnte, vollauf den Anforderungen, die der Gerichtsarzt an die Gesetzgebung stellen muß. Die Frist von drei Jahren muß als Maximum betrachtet werden; eine Verkürzung kann nicht in Betracht kommen, weil auf diese Weise der Zweck dieser Bedingung, die prognostische Stellungnahme der Sachverständigen zu erleichtern, illusorisch gemacht würde. Je kürzer die Frist, desto schwieriger ein Urteil über den mutmaßlichen Verlauf. Dies gilt fast durchweg für alle Arten von Geisteskrankheit. Eine Verlängerung der Frist ist sachlich nicht begründet, würde andererseits die Segnungen der Ehescheidung unnötigerweise schmälern. Vielleicht würde sich empfehlen, die dreijährige Dauer noch als „ununterbrochen“ näher zu charakterisieren, um Meinungsverschiedenheiten die Spitze abzubrechen.

Die zweite Voraussetzung, „die Aufhebung der geistigen Gemeinschaft“, aber ist zweifellos einer Änderung sehr bedürftig; dies wird aus meinen Ausführungen zur Genüge klar geworden sein. Schon die Übersicht über die juristische Literatur und die verschiedenen gerichtlichen Entscheidungen hat ein wenig erfreuliches Licht auf die „einheitliche“ Judikatur geworfen. Einheitliche Auslegung ist aber das mindeste, was man von dem Wortlaut des Gesetzes verlangen muß, sie ist die Vorbedingung zu einheitlicher Anwendung im einzelnen Falle. Und auch, wenn wir die Entscheidungen des obersten Gerichtshofes als einheitliche Basis zugrunde legen wollen, so konnten die angeführten praktischen Beispiele den Gerichtsarzt nicht befriedigen. Zweck und Ziel des Ehescheidungsparagraphen, nicht allein dem erkrankten Teil kein Unrecht, sondern auch dem gesunden Ehegatten Gerechtigkeit widerfahren zu lassen, kann diese Auslegung der geistigen Gemeinschaft nicht erfüllen. Die juristische Auffassung von der Fähigkeit zu gemeinsamem Denken und Fühlen, sowie von dem Bewußtsein der ehelichen Rechte und Pflichten auf seiten des

geistig erkrankten Ehegatten entspricht zweifellos nicht einer wahren geistigen Gemeinschaft. Wir haben gesehen, daß nur einzelne noch vorhandene Bruchstücke des geistigen Kontaktes, wie sie in unseren Fällen gefunden wurden, schon die Abweisung der Scheidungsklage veranlassen konnten. Dies sehr zu Unrecht! Die notdürftige Erhaltung der intellektuellen Leistungsfähigkeit und laue Gefühlsäußerungen, die oft nur leere Worte, aber keine echten Gefühle sind, können wohl schwerlich einer Erhaltung der geistigen Gemeinschaft gleichkommen. Doch auch dann, wenn man mit *Bresler*[12] unter gemeinsamem Denken und Fühlen das Vorhandensein eines im wesentlichen gleichen Gedankeninhalts über die Ehe und die Möglichkeit einer wechselseitigen Einwirkung auf diesen Gedankeninhalt verstehen würde, so wäre damit das zwischen den Ehegatten bestehende geistige Band noch nicht erschöpfend gekennzeichnet. Vielmehr müssen wir mit *Lenel* noch höhere Anforderungen an die geistige Gemeinschaft stellen. Dieser hat schon betont, daß nicht nur das Verständnis und das Empfinden für die sittlichen Pflichten der Ehe bei dem geisteskranken Ehegatten aufgehoben sein müßten, sondern auch der Wille zur Betätigung und Förderung der gemeinsamen ehelichen Interessen. Und meiner Ansicht nach dürfen wir noch einen Schritt weiter gehen, um den durch unsere Fälle gekennzeichneten Verhältnissen vollauf gerecht zu werden. Nicht allein der Wille, sondern auch die geistige Fähigkeit zur Förderung dieser gemeinsamen Interessen ist als notwendige Teilkomponente der geistigen Gemeinschaft zu fordern.

Die Definition der geistigen Gemeinschaft könnten wir demnach etwa folgendermaßen festlegen: „Das Bewußtsein von den durch die Ehe begründeten Rechten und Pflichten, die Fähigkeit zu gemeinsamem Denken und Fühlen, bestehend in wechselseitiger Ergänzung von Mann und Weib, in einer wahren Gefühlsgemeinschaft, aufgebaut auf gegenseitiger Achtung und Liebe, sowie die Fähigkeit und der Wille zur Betätigung und Förderung der gemeinsamen Familieninteressen“.

Die Berechtigung zur Ehescheidung ist gegeben, wenn die geistige Gemeinschaft aufgehoben ist, so verlangt es weiterhin der § 1569. Da nun aber in der juristischen Literatur auch

hinsichtlich dieser Frage Meinungsverschiedenheiten bestehen, so möchte ich auch hieran noch einige Worte anknüpfen. Mehrfach finden wir in den gerichtlichen Entscheidungen die Ansicht vertreten, daß eine Beeinträchtigung, eine Trübung der geistigen Gemeinschaft nicht gleichbedeutend sei mit Aufhebung derselben. Es wurden aus diesen Gründen verschiedene Ehescheidungsklagen abgewiesen. Mit dieser Auffassung kann ich mich nicht ganz einverstanden erklären. Eine Trübung der geistigen Gemeinschaft wurde z. B. dann angenommen, wenn nur einzelne Teilkomponenten auf dem Gebiete des Denkens, Fühlens oder Wollens ausgeschaltet waren. Von anderer Seite genügte aber ein derartiger Sachverhalt schon, um die Aufhebung der geistigen Gemeinschaft anzunehmen. Dem psychologisch geschulten Arzt wird es nicht schwer fallen, diesem Streit um Worte die Spitze abzubrechen. Die geistige Gemeinschaft, die Lebensgemeinschaft zwischen zwei Ehegatten ist entweder vorhanden oder aufgehoben. Einen Mittelweg gibt es nicht. Schon dann, wenn diese Gemeinschaft, die nur beim Vorhandensein des komplizierten Mechanismus einheitlicher Zusammenfassung aller entsprechenden psychischen Eigenschaften intellektueller, affektiver und ethisch-moralischer Art überhaupt möglich ist, in irgendeiner Hinsicht getrübt oder beeinträchtigt ist, ist sie als aufgehoben anzusehen. Eine beeinträchtigte geistige Gemeinschaft ist eben keine geistige Gemeinschaft mehr und ist somit aufgehoben. Geben wir aber eine Trübung der geistigen Gemeinschaft zu, so würde eine Aufhebung der geistigen Gemeinschaft erst dann anzuerkennen sein, wenn vollkommene geistige Verblödung oder „geistiger Tod“ vorliegen würde. Diese Auffassung ist aber selbst schon von der bisherigen Rechtsprechung in der Hauptsache verworfen worden.

Bei der Beurteilung der aufgehobenen geistigen Gemeinschaft sind selbstverständlich die konkreten Verhältnisse der betreffenden ehelichen Gemeinschaft zugrunde zu legen. Entgegen der von *Lenel*[4] vertretenen Ansicht glaube ich, daß dies im einzelnen Falle nicht so schwer sein wird. Der Vergleich der früheren Persönlichkeit des geisteskranken Ehegatten mit der durch die Geisteskrankheit bedingten Beeinträchtigung seiner Persönlichkeit zusammen mit einer psychologischen Bewertung des gesunden



Ehegatten wird als Basis für die Veränderung der geistigen Gemeinschaft zugrunde gelegt werden müssen. Erst dann wird man einen Überblick über die Sachlage sich erwerben und dementsprechend sein Urteil fällen können. Die Intensität der geistigen Gemeinschaft ist von Fall zu Fall allzu verschieden, als daß man mit einem abstrakten Schema alle Momente erfassen könnte.

Um eine einigermaßen einheitliche Rechtsprechung zu ermöglichen, halte ich eine genaue Festlegung der Aufhebung der geistigen Gemeinschaft im Gesetz für geboten und möchte etwa folgende Formulierung vorschlagen: „Die Geisteskrankheit des einen Ehegatten hat dessen ursprüngliche Persönlichkeit derartig beeinträchtigt, daß die früher bestandene geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben ist; diese hat dann als aufgehoben zu gelten, wenn von dem Bewußtsein der durch die Ehe gegebenen sittlichen Rechte und Pflichten, der dazu erforderlichen Fähigkeit zu gemeinsamem Denken und Fühlen, bestehend in wechselseitiger Ergänzung von Mann und Weib, in einer wahren Gefühlsgemeinschaft, aufgebaut auf gegenseitiger Achtung und Liebe, sowie von der Fähigkeit und dem Willen zur Betätigung und Förderung der gemeinsamen ehelichen Interessen nicht mehr gesprochen werden kann“.

Die unendlich verschiedene Auslegung der geistigen Gemeinschaft macht eine eingehende Definition unbedingt erforderlich. Unsere Ausführungen haben die Notwendigkeit erhöhter Anforderung an diese Gemeinschaft zum Zwecke einer Milderung dieser Bedingungen zur Genüge erkennen lassen.

Dieser Vorschlag erweitert die bisherigen gesetzlichen Schranken um ein Bedeutendes, und wir werden damit rechnen müssen, daß bei einer großen Zahl geistiger Erkrankungen die Aufhebung der geistigen Gemeinschaft hiernach als gegeben gelten muß. Dies darf uns nicht beunruhigen, ist doch noch eine dritte Bedingung erforderlich, die gewissermaßen zur Dämpfung der zweiten sich mit dem weiteren Verlauf der Psychose und der Zukunft befaßt. Der bestimmt qualifizierte Zustand der Geisteskrankheit darf nicht ein vorübergehender sein, um zur Ehescheidung zu berechtigen; vielmehr muß jede Aussicht auf ein dauerndes Be-

stehen dieses Zustandes vorliegen. Nach der bisherigen Auslegung der geistigen Gemeinschaft konnten wir uns mit der Klausel der fehlenden Aussicht auf Wiederherstellung derselben nicht zufrieden geben, da sie für manche Fälle nicht genügte. Durch die Änderung hinsichtlich der geistigen Gemeinschaft wird jedoch auch diese Voraussetzung in entsprechender Weise erweitert, so daß wir uns nun mit dem bestehenden Wortlaut im Gesetz wohl einverstanden erklären können. Nur möchte ich, um gelegentlich auftauchende Bedenken aus der Welt zu schaffen, noch einen Zusatz empfehlen, daß nämlich die Aussicht auf Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft wissenschaftlich ärztlich begründet sein muß. Nicht schon allein die Möglichkeit genügt, sondern nur die wissenschaftlich begründete Aussicht.

Mit dem hier angedeuteten Abänderungsvorschlag glaube ich den praktischen Bedürfnissen genügend Rechnung getragen zu haben, ohne die Ehescheidung unnötigerweise zu erleichtern. Bei allen genannten Beispielen würde unter Zugrundelegen dieser Änderung des § 1569 ohne Schwierigkeiten die Ehescheidung ausgesprochen werden können, wie es dem rechtlichen Empfinden entsprochen hätte. Der Erweiterung der geistigen Gemeinschaft auf die Fähigkeit und den Willen, die gemeinsamen Familieninteressen zu fördern, kommt dabei die wesentlichste Bedeutung zu. Und es muß auch von Gegnern einer Milderung des Paragraphen zugegeben werden, daß ohne diese Momente eine wahre geistige Gemeinschaft nicht zu denken ist. Diese soll aber in jeder Ehe den Grundstein der ehelichen Gemeinschaft bilden.

Zum Schluß möchte ich noch auf einen Vergleich mit der schweizerischen Gesetzgebung hinweisen.

ZGB. Art.141: Ist ein Ehegatte in einen solchen Zustand von Geisteskrankheit verfallen, daß dem andern die Fortsetzung der ehelichen Gemeinschaft nicht zugemutet werden darf, und wird die Krankheit nach dreijähriger Dauer von Sachverständigen für unheilbar erklärt, so kann der andere Ehegatte jederzeit auf Scheidung klagen.

Nach *Moeli*[37] gibt die Schweizer Judikatur eine Definition der ehelichen Gemeinschaft. Die „für die normale Ehe unentbehrlichen, bei gesundem Geistesleben zu erwartenden Leistungen



bestehen nicht nur in der verstandesgemäßen Mitarbeit an der wirtschaftlichen Sicherung der Ehe, an dem Gedeihen und Wohlergehen der Familie, sondern sie sollen wechselseitige Ergänzung, Vertrauen, Verschmelzung zu einer Gefühlsgemeinschaft in Freud und Leid und gegenüber der Außenwelt umfassen". Fehlen diese Fähigkeiten auf seiten des erkrankten Ehegatten, so darf dem andern Ehegatten eine Fortsetzung der Ehe nicht zugemutet werden. Bei Zutreffen der beiden anderen Bedingungen, die denen im deutschen Gesetz ähnlich sind, ist die Möglichkeit der Scheidung gegeben. Mit Recht sieht *Moeli* vom psychiatrischen Standpunkte in diesen Bedingungen über die Ehescheidung wegen Geisteskrankheit gegenüber dem BGB. einen erheblichen Fortschritt. Im wesentlichen wird sich der von mir gegebene Vorschlag mit den Bedingungen der Schweizer Gesetzgebung decken. Die unbedingt erforderliche Erweiterung der Rücksichtname auf den gesunden Ehegatten wird durch die erhöhten Anforderungen an die geistige Gemeinschaft in genügendem Maße gewährleistet.

Zusammenfassung. — Sowohl die juristische Literatur wie die gerichtlichen Entscheidungen zeigen, daß von einer einheitlichen Auslegung des § 1569 besonders hinsichtlich der geistigen Gemeinschaft bislang nicht die Rede sein kann.

Auch bei Zugrundelegen der Reichsgerichtsentscheidungen, welche die Grundlage für die Mehrzahl der gerichtlichen Entscheidungen bildet, hat sich der § 1569 für eine Reihe von geistigen Erkrankungen nicht bewährt. Vor allem kann die Auffassung von der geistigen Gemeinschaft nicht befriedigen.

Eine Milderung des Paragraphen ist im Interesse des gesunden Ehegatten dringend geboten, um wirtschaftliche soziale Mißstände und moralische Übel zu verhüten; auch biologische Gesichtspunkte sollen für diese Auffassung maßgebend sein. Dabei sollen die Interessen des erkrankten Ehegatten in würdigem Maße gewahrt bleiben. Jedoch hat der vollwertige gesunde Teil, der auch für Wohl und Erziehung der Kinder aufzukommen hat, das größere Recht für sich zu beanspruchen. Ihm soll durch das Gesetz die Möglichkeit gegeben werden, die ihm und seinen Kindern drohenden Schäden durch Eingehen einer neuen Ehe abzuwenden.



Vorschlag einer neuen Fassung des § 1569:

Ist ein Ehegatte in Geisteskrankheit verfallen, so kann der andere auf Scheidung klagen, wenn

1. die Krankheit während der Ehe mindestens drei Jahre ununterbrochen gedauert hat,

2. dadurch die ursprüngliche Persönlichkeit des erkrankten Ehegatten derartig beeinträchtigt ist, daß die früher bestandene geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben ist. — Diese hat dann als aufgehoben zu gelten, wenn von dem Bewußtsein der durch die Ehe gegebenen sittlichen Rechte und Pflichten, der dazu erforderlichen Fähigkeit zu gemeinsamem Denken und Fühlen, bestehend in wechselseitiger Ergänzung von Mann und Weib, in einer wahren Gefühlsgemeinschaft, aufgebaut auf gegenseitiger Achtung und Liebe, sowie von der Fähigkeit und dem Willen zur Betätigung und Förderung der gemeinsamen ehelichen Interessen nicht mehr gesprochen werden kann,

3. wissenschaftlich begründete Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft nicht besteht.

Literatur.

1. *Mendel*, Die Geisteskranken in dem Entwurf des Bürgerlichen Gesetzbuches für das Deutsche Reich. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 50; 1889, S. 109—113.
2. *Hasse*, Ztschr. f. Psych. 41, 1885, S. 579.
3. Jurist. Wochenschr. 1902, S. 244.
4. *Lenel*, *Kreuser*, Referat über Prognostik der Geistesstörungen in Bezug auf § 1569 des BGB. Psych. Wochenschr. II. 1900, S. 46 u. 47. S. auch diese Ztschr. Bd. 57, 1900, S. 537 ff.
5. Jurist. Wochenschr. 1905, S. 395.
6. *Hoche*, *A.*, Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie. Berlin 1909, S. 355 ff.
7. *Bresler*, Bemerkungen zu dem Aufsatz Prof. Dr. jur. *Lenels*: Die Voraussetzungen der Ehescheidung wegen Geisteskrankheit (Dtsch. Jur. Ztg. 1900, S. 215). Psych. Wochenschr. II, 1900, S. 219.
8. Das Recht, 1903, Nr. 2453.
9. *Hübner*, *A. H.*, Lehrbuch der forensischen Psychiatrie. Bonn 1914, S. 532 ff.
10. Psych. Wochenschr. 1908, S. 297; vgl. Deutsch. Recht 1903, S. 260.



11. *v. Mach*, Die Eheanfechtung und Ehescheidung wegen Geisteskrankheit seit Inkrafttreten des BGB. in Deutschland. Vierteljhrschr. f. ger. Med. 3. Folge, Bd. 41, 1911, S. 238 ff.
12. *Bresler*, Rechtspraxis der Ehescheidung. Halle 1913, S. 18; Das Recht 1901, Nr. 1496.
13. Jurist. Wochenschr. 1903, S. 28.
14. Das Recht 1909, Nr. 2003.
15. *v. Planck*, Sitzung der Göttinger psychol. forensisch. Vereinigung v. 15. 6. 1904. Psych. Wochenschr. VI, 1904, S. 137 u. 138.
16. Psych. Wochenschr. X, 1908, S. 147.
17. ,, ,, IV, 1902, S. 447/49.
18. ,, ,, VII, 1905, S. 187.
19. ,, ,, XVIII, 1916/17, S. 350.
20. ,, ,, XII, 1910, S. 249.
21. ,, ,, XIV, 1912, S. 78.
22. Das Recht 1901, Nr. 571.
23. Zür. Wochenschr. 1905, S. 395.
24. Psch. Wochenschr. V, 1903, S. 58.
25. ,, ,, VII, 1905, S. 126.
26. ,, ,, V, 1903, S. 427.
27. ,, ,, XIII, 1911, S. 505.
28. Das Recht 1905, Nr. 1468, S. 314.
29. Psych. Wochenschr. II, 1900, S. 375.
30. *Artmann, A.*, Ehescheidung und Psychose. Diss. Erlangen 1910, S. 42.
31. *Schneider, K.*, Zur Frage der chronischen Morphinpsychose und des Zusammenhangs von Sinnestäuschungen und Wahnideen. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Orig. Bd. XIX, 1913, S. 41.
32. Psych. Wochenschr. VI, 1904, S. 34.
33. *Artmann, A.*, (s. 30) S. 22.
34. *Näcke, P.*, Periodisches Irresein und Ehescheidung. Psych. Neur. Wochenschr. 1900, Bd. II, S. 502.
35. *Seidlmayer*, Über Personen- und Eigenschaftsirrtum bei der Eheschließung nach BGB. Iherings Jahrb. Bd. 46, 1904, S. 183 ff.
36. *Gaupp, R.*, Der § 1333 des BGB. und die dabei in Betracht kommenden Krankheitszustände. Arch. f. civ. Praxis 1909, S. 365.
37. *Moeli, C.*, Die Berücksichtigung der geistigen Anomalien durch die Zivilgesetzgebung der Schweiz und Österreichs. Vierteljhrschr. f. ger. Med. 3. Folge, Bd. 56, S. 259.



Die Rechtsverhältnisse bezüglich sexueller Vorkommnisse bei der Verwendung weiblichen Personals zur Pflege auf den Männerabteilungen öffentlicher Irrenanstalten.

Von

Dr. med. **W. Böttcher,**

II. Arzt der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Leipzig.

Wie auf fast allen anderen Gebieten des sozialen Lebens hatte der jetzige Krieg auch uns Psychiater in manchen Dingen zum Umlernen gezwungen. Die Verwendung weiblichen Krankenpflegepersonals auf den Männerabteilungen einer Irrenanstalt erschien den meisten Anstaltsleitern früher als eine höchst bedenkliche Sache; nur ganz vereinzelte Anstalten wagten sich daran, in beschränktem Maße und zwar hauptsächlich auf den Siechenabteilungen Pflegerinnen zu beschäftigen. Kurz vor Ausbruch des jetzigen Krieges machte *Hösel*[1]) in der sächsischen Heil- und Pflegeanstalt Zschadraß den Versuch, die weibliche Pflegetätigkeit in erweitertem Maßstabe auf der dortigen Männerabteilung einzuführen, und äußerte sich befriedigt über die erzielten Erfolge. Es hätte aber wahrscheinlich noch lange gedauert, bis man diesem Beispiel überall gefolgt wäre, wenn nicht der Krieg mit einem Schlage eine Zwangslage schuf, der sich auch die zurückhaltendsten Direktoren nicht mehr entziehen konnten, und es war bereits im dritten Kriegsjahre die Lage so geworden, daß an der überwiegenden Mehrzahl der Anstalten das weibliche Pflegepersonal das männliche an Zahl bei weitem übertraf. Was früher überhaupt nicht denkbar war, nämlich weibliche Individuen auf den unruhigen Männerabteilungen zu verwenden, ist sogar mit Erfolg versucht

[1]) *Hösel,* Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Orig. XXVII, 2.



worden; so auch in ausgedehntem Maße an der hiesigen Klinik. Die in der Anstalt Hubertusburg gesammelten Erfahrungen hat kürzlich *Arnemann*[2]) veröffentlicht, und, soweit man durch mündliche Berichte erfährt, sind auch sonst überall die Erfolge bisher im allgemeinen befriedigende, zum mindesten bessere gewesen, als man auf Grund der früheren Anschauungen erwartet hatte.

Die Bedenken, welche früher gegen die diesbezügliche weibliche Pflege geltend gemacht wurden, gingen wohl hauptsächlich von der Annahme aus, daß die Pflegerinnen in erheblichem Maße sexuellen Attentaten von Seiten mancher Kranken ausgesetzt seien, die sich infolge ihrer erzwungenen Abstinenz, verbunden mit seelischen Erregungszuständen, in einer starken sexuellen Hochspannung befänden, oder die auf Grund ihres herabgesetzten Intellekts und moralischen Gefühls bei der Betätigung ihres Sexualtriebes die Scham ohne Umstände völlig beiseite setzen würden. Es hat aber die bisherige Erfahrung gelehrt, daß dies nur ganz vereinzelt der Fall ist.

Soll die Einrichtung der weiblichen Pflege auf den Männerabteilungen auch nach dem Kriege zu einer dauernden werden, wie es tatsächlich von zahlreichen Anstaltsdirektionen beabsichtigt ist, so ist die Voraussetzung für das einwandfreie Funktionieren derselben jedenfalls auf alle Fälle die moralische Festigkeit der Pflegerinnen. Aber da die Menschen keine Engel sind, wird doch hie und da ein Fehltritt in rebus sexualibus vorkommen, und es verlohnt sich die Erörterung der Frage nach den etwaigen Folgen, welche die betreffende Pflegerin und möglicherweise auch die Anstaltsleitung treffen können.

Im allgemeinen besteht ja bei dem weiblichen Geschlecht ein Horror in bezug auf sexuellen Verkehr mit männlichen manifesten Geisteskranken, aber es gibt eine große Gruppe von Anstaltsinsassen, die Dégénerés und Psychopathen, deren geistige Störung hauptsächlich auf dem Gebiete der moralischen Gefühle liegt, und welche nach ihrer Internierung in einer Anstalt hier nicht selten sehr bald anfangen, der Autorität der Anstaltsordnung zuwiderzulaufen, und unter anderem auch hie und da Liebschaften

---

[2]) *Arnemann*, Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 73, 1917.

mit dem weiblichen Pflegepersonal anzuknüpfen suchen. Bei gegenseitigem Einverständnis ist trotz strenger Überwachung das Finden geeigneter Wege zur Ausübung sexueller Handlungen nicht vollkommen ausgeschlossen.

In bezug auf die strafrechtlichen Folgen in dieser Hinsicht für das weibliche Pflegepersonal käme zunächst der § 174 Ziffer 3 des Strafgesetzbuches in Betracht. Derselbe lautet:

Mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren werden bestraft: Beamte, Ärzte oder andere Medizinalpersonen, welche in Gefängnissen oder in öffentlichen, zur Pflege von Kranken, Armen oder anderen Hilflosen bestimmten Anstalten beschäftigt oder angestellt sind, wenn sie mit den in das Gefängnis oder in die Anstalt aufgenommenen Personen unzüchtige Handlungen vornehmen. Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnisstrafe nicht unter sechs Monaten ein.

Nach diesem Paragraphen handelt es sich demnach erstens nicht um das Pflegepersonal in Privatanstalten, sondern nur um solches, welches in öffentlichen (städtischen und staatlichen) Anstalten angestellt ist, und zweitens um die Charakterisierung des weiblichen Pflegepersonals als „Medizinalpersonen“. Analog dem § 176 Ziffer 3, wonach auch weibliche Personen wegen Duldung der Beischlafsvollziehung durch eine männliche Person unter 14 Jahren strafbar sind (Urteil des Reichsgerichts vom 14. Februar 1884 Entscheidungen des Reichsgericht 10, 158), sind sie solches sicherlich auch bei der Vornahme unzüchtiger Handlungen überhaupt in ihrer Eigenschaft als Medizinalpersonen.

Es fragt sich nun: Was ist eine Medizinalperson? Diese Frage ist entschieden durch das Urteil des Reichsgerichts vom 24. August 1898 (Entscheidungen des Reichsgerichts in Strafsachen Bd. 31, S. 246), wo es sich um die Charakterisierung eines Krankenwärters einer Provinzialirrenanstalt als Medizinalperson handelte, welcher wegen Verstoß gegen den § 174 Abs. 3 des STGB.s angeklagt war.

Aus den Gründen des Urteils ist folgendes anzuführen:

...... Die Revision greift das Urteil (der vorhergehenden Instanz) um deswillen an, weil der Angeklagte zu Unrecht als Medizinalperson im Sinne des § 174, 3 StGB.s angesehen und nach diesem Strafsatze verurteilt worden sei. Die Rüge ist für begründet zu erachten. Die Anwendung, welche die Vorinstanz dem Begriffe der Medizinalpersonen auf einen als Krankenwärter in einer (Provinzial-)Irrenanstalt Angestellten gegeben



hat, muß als eine zu weitgehende, mit dem Wortsinn des Gesetzes nicht im Einklang stehende bezeichnet werden. Zuzugeben ist zwar, daß der den Strafbestimmungen des § 174, Nr. 1—3 gemeinsam zugrunde liegende Gedanke, wonach in bestimmten Verhältnissen, in denen die persönlichen Beziehungen der betreffenden Personen zur Unzucht leicht Gelegenheit bieten könnten, während das bestehende Abhängigkeitsverhältnis den Widerstand gegen unzüchtige Zumutungen zu schwächen geeignet ist, dem Mißbrauch der Autorität und des Vertrauens mit Strafe entgegengetreten werden soll (Entscheidung des Reichsgerichts in Strafsachen Bd. 19, 255), auch auf das Verhältnis des Krankenwärters zum Pflegling zutreffen könnte, und daß die Pfleglinge einer Irrenanstalt wegen ihrer geistigen Hilflosigkeit eines Schutzes gegen unzüchtige Handlungen seitens ihres Wärters in besonderem Maße bedürftig erscheinen würden. Allein die positive Bestimmung des Strafgesetzbuches gestattet es nicht, einen Krankenwärter nur dieser seiner Berufsstellung wegen der Kategorie der in § 174, Nr. 2 oder 3 genannten Autoritätspersonen zu unterstellen. Unter die Medizinalpersonen der Nr. 3 des § 174 ist ein Krankenwärter nicht ohne weiteres zu rechnen.

Das Strafgesetzbuch hat dem in § 174, 3 und § 277 und 278 gebrauchten Ausdruck „Medizinalpersonen" eine Begriffsbestimmung nicht gegeben. Maßgebend ist einerseits die herkömmliche und als solche mehrfach von der Gesetzgebung aufgenommene Bedeutung (z. B. RGO. § 144, Abs. 2, § 147, Ziff. 3; vgl. § 29, 30 der RGO., Entsch. d. Reichsger. in Strafsachen Bd. 6, S. 260), andererseits die Organisation des Medizinalwesens in den einzelnen Bundesstaaten. Nun werden allerdings in § 174 des StGB.s als Medizinalpersonen schlechthin nicht wie in § 277, 278 nur die approbierten aufgeführt, aber der Begriff der Medizinalpersonen ist, abgesehen von der Approbation, hier wie dort derselbe. Unter den Medizinalpersonen mag man zwar in einer weniger genauen, abkürzenden Sprechweise da und dort alle im Gebiete des Medizinalwesens oder der Sanitätspflege tätigen Personen in weiterem Sinne einbegreifen, so auch Krankenwärter und Krankenpfleger (vgl. z. B. Motive zur Reichskonkursordnung S. 257 zu § 54, Abs. 4 KO., welche den Forderungen der Krankenpfleger, wie denjenigen der Ärzte, Wundärzte ein Vorrecht verleiht). Aber im eigentlichen Sinne wird auch von dem herkömmlichen Sprachgebrauche ein einfacher Krankenwärter nicht zu den Medizinalpersonen gezählt. Vor allem ist nicht anzunehmen, daß der Gesetzgeber bei § 174, 3 des StGB.s von jener weitreichenden Bedeutung des Ausdruckes, welcher begrifflich kaum abzugrenzen wäre, ausgegangen sei. Der erste Entwurf eines Strafgesetzbuches für den Norddeutschen Bund vom Juli 1869 hatte in § 154 Nr. 3 die entsprechende Strafbestimmung vorgesehen gegen Beamte, Ärzte, Wundärzte, die in Gefängnissen oder in öffentlichen, zur Pflege von Kranken, Armen oder anderen Hilflosen bestimmten Anstalten beschäftigt oder angestellt sind etc." Diese Fassung war wörtlich dem



preußischen Strafgesetzbuch vom 14. 4. 1851 § 142, 3 entnommen. Sie wurde im zweiten Entwurfe vom Dezember 1869 dahin abgeändert, „Beamte, Ärzte und andere Medizinalpersonen", und es ging so die Bestimmung in das Gesetz über. Wenn nun zwar hierdurch der Kreis der betreffenden Personen gegenüber der ursprünglichen Fassung erweitert wurde, so hat doch das Gesetz den Kreis nicht weiter gezogen, als es die Ausdehnung auf alle anderen Medizinalpersonen im herkömmlichen Sinne des Wortes z. B. in § 200 des preuß. Strafgesetzbuches, § 144, Abs. 2 der RGO. mit sich brachte. Insbesondere hat das Strafgesetzbuch es unterlassen, den Beamten und Ärzten, wie dies mehrfach in anderen Gesetzgebungen geschehen war (z. B. sächs. StrafGB. von 1868, Art. 352, bayr. StrafGB. von 1861, Art. 213, Züricher Entwurf von 1866, Art. 104 b), auch andere Bedienstete in (Gefängnis-,) Heil- und Pflegeanstalten gleichzustellen, sofern sie nicht Beamte sind. Schon der Wortlaut und die Wortverbindung „Ärzte und andere Medizinalpersonen" ergeben die Beziehung des Ausdrucks auf eine der ärztlichen gleichartige oder ähnliche Berufstätigkeit, auf ein gemeinsames Merkmal, nämlich auf die Betätigung der Heilkunde, die fachkundige Tätigkeit in Absicht auf Heilung und Behandlung von Krankheiten und Gebrechen (sei es körperlicher Art oder von Geisteskrankheit) einschließlich der Geburtshilfe. Medizinalpersonen sind die mit Ausübung der Heilkunde befaßten Personen, allerdings in weiterem Sinne alle mit Ausübung der Heilkunde, sei es in vollem, sei es auch nur in einem beschränkten Umfange bzw. in untergeordneter Weise beschäftigten Personen, zu welch letzteren Heildiener geringerer Kategorie, wie die „Bader" in Bayern, die geprüften Heildiener und Heilgehilfen in Preußen, welche die sogenannte kleine Chirurgie ausüben, das sogenannte unterärztliche oder niederärztliche Personal, zu rechnen wäre. (Entsch. des Reichsger. in Strafs. Bd. 6, S. 260, Wernich, Zusammenstellung der Medizinalgesetze Preußens 1894, S. 329—332, Landmann, Reichsgewerbeordnung, 3. Aufl., § 29, Note 4, S. 229, § 6, Nr. 14, S. 79.)

Dagegen können andere Personen, insoweit sie lediglich mit der Aufsicht, der Wartung oder Pflege von Kranken beschäftigt sind, oder welche nur dem Arzte als Diener, als unselbständige Heilpersonen zur Seite stehen, nicht als Medizinalpersonen angesehen werden. Sie gehören zum Dienst- oder Wartepersonal, nicht zum ärztlichen Personal. Die Krankenpflege ist noch nicht Ausübung der Heilkunde, wie dies auch bei den Verhandlungen über § 56, Ziff. 1 der RGO. in bezug auf die Diakonissinnen, barmherzigen Schwestern und Krankenpfleger anerkannt ist. (Vgl. Landmann a. a. O. § 56, S. 522 ff.)

Ein gewöhnlicher Krankenpfleger in einer Irrenanstalt leistet zwar bei der Wartung der Anstaltspfleglinge, auch wenn es sich dabei nicht um körperliche Krankheiten, sondern um eine sonst auch gesunden Menschen zuteil werdende Verpflegung handelt, immerhin eine Krankenpflege, welche zudem auch eine gewisse fachmännische Ausbildung oder Übung erfordern



mag, und es ist insoweit den gegenteiligen Ausführungen der Revision nicht beizupflichten. Aber ein solcher Krankenwärter wird regelmäßig in seiner Tätigkeit auf untergeordnete Dienste im Rahmen der Instruktion oder der speziellen Weisungen des Anstaltsarztes beschränkt sein, und wenn auch gegebenen Falles seinem Ermessen und selbsttätigem Eingreifen ein weiterer Spielraum gewährt sein sollte, so wird man doch in ihm nicht eine Person sehen, welche die psychiatrische oder sonstige Heilkunde ausübt. Es ist nun allerdings in einem konkreten Falle denkbar, daß ein Krankenwärter (bzw. Vorwärter, Oberwärter) mit Funktionen betraut ist, deren Ausübung ihn als Medizinalperson erscheinen läßt, so, wenn er auch als Heildiener oder Heilgehilfe bestellt bzw. tätig ist. Daß aber im vorliegenden Falle der Angeklagte in einer derartigen Eigenschaft tätig gewesen sei, läßt sich aus den Gründen des angefochtenen Urteils nicht entnehmen. Hierin wird zwar, als von dem Sachverständigen S. bekundet, angeführt, daß dem Angeklagten selbständig die Aufsicht und die ganze Pflege der Kranken auf einer ganzen Station anvertraut gewesen sei, daß er auch alle Handreichungen, die hiermit zusammenhingen, auszuführen gehabt habe, so z. B. das Baden der Kranken, Verabreichung von Medizinen u. dgl. mehr. Es ist jedoch der Revision darin Recht zu geben, daß diese Feststellungen nicht aureichen, um die daraus gezogene Folgerung zu rechtfertigen. Die Aufsicht über die Kranken ist an sich nicht die Tätigkeit einer Medizinalperson, das Baden, das bloße Verabreichen einer vom Arzte verordneten Medizin und ähnliche „Handreichungen" gehören eben zur Krankenpflege, wie sie der Wärter regelmäßig, bestehender Anordnung entsprechend, zu verrichten hat. Was man aber darunter zu verstehen hat, es sei dem Angeklagten die „ganze Pflege der Kranken anvertraut gewesen", ist nicht völlig deutlich. Keinesfalls ist daraus ersichtlich, daß der Angeklagte mit der selbständigen ärztlichen (unterärztlichen) Pflege der Kranken, also mit einer Medizinaltätigkeit im eigentlichen Sinne, betraut gewesen ist.

Das Urteil mußte demnach, soweit angefochten, der Aufhebung unterliegen.

.... zurück an die Vorinstanz zur Feststellung, ob nicht nach den konkreten Verhältnissen und den dafür maßgebenden örtlichen Einrichtungen und Bestimmungen der Angeklagte als **Beamter** im Sinne von § 174, Nr. 2 bzw. Nr. 3, § 359 StGB.s anzusehen sei. Wenn für einen ähnlichen, jedoch einem anderen örtlichen Gebiete angehörigen Fall das Reichsgericht ausgesprochen hat, daß dem (einfachen) Krankenwärter in einer provinzialständigen Irrenanstalt nicht schon dieser Stellung halber die Eigenschaft eines Beamten nach § 174, Nr. 2 oder Nr. 3 zukäme (Urteil des Strafsenats vom 6./13. November 1884 Reg. 2624 gegen Chr., Rechtsprechung des Reichsgerichts in Strafsachen Bd. 6, S. 711), so sollte damit, wie auch die Begründung angibt, nicht grundsätzlich die Unterstellung eines solchen Krankenwärters unter den Begriff des Beamten für



ausgeschlossen erklärt werden. Für den gegenwärtigen Fall werden für die Beurteilung, ob der Angeklagte als eine im mittelbaren Dienste des Staates angestellte Person (Entsch. d. R.S.s in Strafs. Bd. 1, S. 327, Bd. 30, S. 30) anzusehen war, noch speziell die für Angestellte an Provinzialanstalten der Rheinprovinz geltenden Gesetze und Reglements in Betracht zu ziehen sein.

Da das weibliche Krankenpflegepersonal mit der Anstellung in bezug auf seine Dienstobliegenheiten wohl kaum irgendwo die in der obigen Reichsgerichtsentscheidung gezogenen Grenzen des Wirkungskreises überschreitet, so wird auch dieses also in bezug auf unerlaubte sexuelle Handlungen mit männlichen Kranken einer Irrenanstalt straflos bleiben, sofern nicht § 176, 3 StrGB.s auzuziehen ist, welcher mit Zuchthaus bis zu 10 Jahren die Vornahme unzüchtiger Handlungen oder die Verleitung zur Verübung oder Duldung solcher mit Personen unter 14 Jahren ahndet. Strafbar würde sich eine Pflegerin bei Vornahme unzüchtiger Handlungen auch mit über 14 Jahr alten männlichen Insassen einer öffentlichen Irrenanstalt nur dann machen, wenn sie Beamteneigenschaft besitzt. In solcher würde auch Idealkonkurrenz mit § 174 Ziffer 2 vorliegen, welcher mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren die Vornahme unzüchtiger Handlungen bedroht, welche von Beamten mit Personen vorgenommen werden, die ihrer Obhut anvertraut sind. Bei Besitz dieser Beamteneigenschaft würde sogar der einzige Fall eintreten, daß auf Grund des § 174, Ziffer 2 und 3 die von § 175 ausgenommene widernatürliche Unzucht zwischen Personen weiblichen Geschlechts (Tribadie, Sapphismus) strafbar wäre bei Vornahme solcher auf den Frauenabteilungen.

Es fragt sich nun, inwieweit § 359 des StrGB.s, welcher besagt, daß unter Beamten im Sinne des Strafgesetzbuches zu verstehen sind alle im Dienste des Reiches oder in unmittelbarem oder mittelbarem Dienste eines Bundesstaates auf Lebenszeit, auf Zeit oder nur vorläufig angestellten Personen, ohne Unterschied, ob sie einen Diensteid geleistet haben oder nicht, auf das in öffentlichen Anstalten beschäftigte weibliche Pflegepersonal anzuwenden ist. Darüber entscheidet, wie auch durch reichsgerichtliche Urteile klargestellt ist, die Art der Anstellung. Es würde zu weit führen, hier die Anstellungsbedingungen der Pflegerinnen in den einzelnen Bundesstaaten anzuführen, im allgemeinen wird es so sein, daß



das Hilfspflegepersonal, welches ja auch im Gegensatz zu dem beamteten Personal der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse und der Invalidenversicherung unterliegt, nicht als Beamte anzusehen sein wird.

§ 176, 2 ist auf das weibliche Pflegepersonal der Irrenanstalten überhaupt nicht anwendbar, da er nur den Mißbrauch geisteskranker Frauenspersonen zum außerehelichen Beischlaf durch männliche Individuen ahndet.

In zivilrechtlicher Beziehung wäre die Frage nach den Ansprüchen zu erörtern, welcher der Anstaltsleitung gegenüber entstehen können, auf Grund der Folgen der Schwängerung einer Pflegerin bezw. einer Wärterin durch einen in einer Irrenanstalt untergebrachten Geisteskranken, also durch die Geburt eines Kindes (Alimentierung, Geburts- und Wochenbettskosten), ferner die Frage nach den Ansprüchen des weiblichen Pflegepersonals der Anstalt gegenüber bei Schwängerung infolge erzwungener Kohabitation bei Notzucht durch geisteskranke Anstaltsinsassen.

Es erhebt sich zuvor die Frage danach, ob der geisteskranke Erzeuger eines außerehelichen Kindes alimentationspflichtig ist. Dies ist unbedingt zu bejahen. Der Geisteskranke bzw. dessen gesetzliche Vertreter können sich nicht auf den § 104 oder 105 des BGB.s berufen, auch kann selbst bei Zutreffen des § 51 des StrGB.s im Falle der durch Notzucht erfolgten Schwängerung eine Befreiung von der Alimentationspflicht nicht eintreten, sondern der Geisteskranke ist an die letztere gebunden allein aus der Tatsache der Vaterschaft heraus.

Hierbei könnte nun der Fall eintreten, daß der gesetzliche Vertreter des betreffenden Erzeugers die Anstaltsleitung schadenersatzpflichtig zu machen suchte.

Man könnte hier an den § 832 BGB. denken, nach welchem derjenige, welcher kraft Gesetzes zur Führung der Aufsicht über eine Person verpflichtet ist, die wegen Minderjährigkeit oder wegen ihres geistigen oder körperlichen Zustandes der Beaufsichtigung bedarf, zum Ersatze des Schadens verpflichtet ist, den diese Person einem Dritten zufügt. Nach dem Wortlaut dieses Paragraphen läßt sich jedoch ein Schadenersatzanspruch nicht herleiten, denn der § 832 regelt nur diejenigen Ansprüche, welche aus unerlaubten Handlungen unter Verletzung der gesetzlich geregelten Verpflichtung

des Aufsichtführenden gestellt werden können, wie sie sich z. B. aus einer Verletzung der Aufsichtspflicht der Eltern über ihre Kinder usw. ergibt. Der § 832 BGB. regelt demnach nur die sog. deliktiven Ansprüche, welche außerhalb eines Vertragsverhältnisses entstehen. Die Aufnahme eines Geisteskranken in eine Irrenanstalt erfolgt jedoch auf Grund eines Vertrages, und zwar entweder auf Grund eines Privatvertrages mit dem gesetzlichen Vertreter des betr. Geisteskranken oder auf Grund eines Vertrages mit einer Behörde, welche für die Unterbringung geisteskranker Personen in einer Irrenanstalt bestellt ist (Wohlfahrtspolizei usw.). Das BGB. hat für derartige Verträge keine besonderen Bestimmungen erlassen, es ist ein solcher Aufnahmevertrag ein pactum sui generis, und es regeln sich die zivilrechtlichen Beziehungen der vertragschließenden Parteien im allgemeinen nach den Bestimmungen über die Schuldverhältnisse, insbesondere nach dem § 242, wonach der Schuldner verpflichtet ist, die Leistung so zu bewirken, wie Treu und Glauben es mit Rücksicht auf die Verkehrssitte erfordern, und nach § 276, wonach der Schuldner, sofern nichts anderes bestimmt ist, Vorsatz und Fahrlässigkeit zu vertreten hat. Fahrlässig handelt, wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer acht läßt.

Ein Vorsatz wird hinsichtlich der Herbeiführung der Schwängerung einer Pflegerin durch einen Geisteskranken der Anstaltsleitung wohl zu keiner Zeit vorgeworfen werden können, es bleibt demnach nur die Fahrlässigkeit übrig. Eine grobe Fahrlässigkeit würde sich die Anstaltsleitung zu Schulden kommen lassen, wenn sie auf Grund eines solchen Privatvertrages einen Geisteskranken aufnähme unter der ausdrücklichen Erklärung des die Zuführung veranlassenden, daß die Aufnahme hauptsächlich aus dem Grunde notwendig sei, weil das betr. Individuum vor weiteren sexuellen Ausschweifungen, durch welche etwa sein Vermögen (Alimentationsansprüche) geschädigt würde, bewahrt bleiben soll, und sie unterstellte dann eine derartige Person der Aufsicht einer Pflegerin. Die Anstaltsleitung würde in solchem Falle ohne Zweifel schadenersatzpflichtig gemacht, d. h. zur Bezahlung der Kosten (Alimentation des Kindes usw.) herangezogen werden können. Es würde dies auch der Fall gewesen sein während der Kriegszeit, wenn durch die



Einziehung zum Kriegsdienste kein männliches Pflegepersonal zur Verfügung gestanden hätte, denn der Richter würde jedenfalls hier kaum die vis major gelten lassen, sondern von der Anstaltsleitung mit gutem Recht die Ablehnung der Aufnahme eines solchen Kranken unter derartigen Verhältnissen verlangt haben.

Kaum zu erwähnen wäre noch die Fahrlässigkeit, deren sich eine Anstaltsleitung durch die Duldung einer sich als unsittlich erweisenden weiblichen Person zum Pflegedienste auf der Männerabteilung gegebenenfalls schuldig machen würde.

Wie steht es nun bei derartigen Vorkommnissen mit der Schadenersatzpflicht bei Geisteskranken, die von einer öffentlichen Behörde (Staatsanwaltschaft, Gesundheits- bzw. Wohlfahrtspolizei) in eine Irrenanstalt eingeliefert werden?

Nehmen wir zunächst einmal an, es handle sich um einen verbrecherischen Geisteskranken oder geisteskranken Verbrecher, welcher auf gerichtlichen Antrag nach Freisprechung oder Einstellung des Strafverfahrens auf Grund von § 51 StrGB. in eine Irrenanstalt eingeliefert wird. Ein derartiges Individuum wird nicht auf Grund eines Vertrages eingeliefert, sondern um die Allgemeinheit vor weiteren Straftaten desselben zu schützen, in eine Anstalt, die zur Aufnahme solcher kranken Personen geeignet und bestimmt ist. Läßt eine Pflegerin sich mit einem derartigen Kranken ein, so können daraus keinerlei Ansprüche gegen die Anstaltsleitung hergeleitet werden, selbst wenn es sich um ein Individuum handelt, das wegen Sexualdelikte interniert wurde. Zwischen der Anstaltsleitung und dem betr. Kranken besteht kein Vertragsverhältnis, das die Aufsicht über den betreffenden regelt, sondern er wird auf Grund behördlicher Maßnahmen dem Anstaltsreglement zwangweise unterstellt. Die Anstaltsleitung hat höchstens einen Vertrag mit der in Frage kommenden Behörde abgeschlossen, durch welche ihre Aufnahmebereitwilligkeit in bezug auf derartige Individuen erklärt wird, und zwischen der Behörde und dem Kranken bestehen auch keinerlei vertragliche Verhältnisse, aus welchen diese für einen etwaigen durch Alimentation erwachsenen Vermögensschaden haftbar wäre. Es fragt sich nur, ob eine Anstaltsleitung haftbar gemacht werden könnte, wenn sie die Sicherheitsmaßnahmen gegen einen Ausbruch schuldhaft ver-



nachlässigt und ein derartiges Individuum nach der Entweichung seinen sexualverbrecherischen Neigungen nachgeht. Hier könnte der § 839 BGB. in Anwendung kommen, nach welchem ein Beamter, der vorsätzlich oder fahrlässig die ihm einem Dritten gegenüber obliegende Amtspflicht verletzt, den dem Dritten daraus erwachsenen Schaden zu ersetzen hat. Es ergibt sich hierbei aber die weitere Frage danach, ob ein derartiger Kranker mit der Ausübung des Beischlafs in der freien Umwelt eine unerlaubte Handlung vollführt. Das ist im Falle der freiwilligen Hingabe einer weiblichen Person zu sexuellen Zwecken zu verneinen, zu bejahen dagegen nur im Falle der Anwendung von Gewalt, Drohung oder Hinterlist, und nur in letzterem Falle käme möglicherweise die Stellung von Regreßansprüchen in Frage. (Zur unzüchtigen Handlung wird der Beischlaf innerhalb einer Anstalt nur unter den Voraussetzungen des oben angeführten § 174, 3 StrGB.). Gibt sich eine Pflegerin innerhalb der Anstalt freiwillig einem solchen Individuum hin, so kann auch sie in keinem Falle Ansprüche stellen, es ist auch sehr zweifelhaft, ob sie es kann, falls der Beischlaf mit ihr durch Gewalt oder Drohung erzwungen ist, denn sie gehört nicht zur Allgemeinheit, sondern hat auf Grund eines Dienstvertrages einen Beruf erwählt, dessen Gefährlichkeit ihr von vornherein klar gewesen sein muß. Eine Pflegerin, die auf der Männerabteilung Pflegedienste übernimmt, muß sich stets sagen, daß sie sich in ihrem Berufe nicht nur allgemeinen körperlichen Angriffen aussetzt, sondern auch im speziellen sexuellen Attentaten, die eine Schwängerung im Gefolge haben können. Der Dienstberechtigte, in diesem Fall die Anstaltsleitung, hat nach § 618 BGB. Räume, Vorrichtungen oder Gerätschaften, die er zur Verrichtung der Dienste zu beschaffen hat, nur so einzurichten und zu unterhalten und Dienstleistungen, die unter seiner Anordnung oder seiner Leitung vorzunehmen sind, nur so zu regeln, daß der Verpflichtete gegen Gefahren für Leben und Gesundheit soweit geschützt ist, als die Natur der Dienstleistung es gestattet. Er ist nur verpflichtet bei Aufnahme des Dienstverpflichteten in die häusliche Gemeinschaft in Ansehung der Wohn- und Schlafräume diejenigen Einrichtungen und Anordnungen zu treffen, welche mit Rücksicht

auf die Gesundheit und die Sittlichkeit erforderlich sind. Das letztere würde sich in der Hauptsache darauf beziehen, daß Pflegerinnen, wenn sie nach Beendigung des Dienstes, oder wenn sie als Bereitschaften auf der Abteilung zu schlafen hätten, ein Zimmer zur Verfügung haben müssen, in dem sie vor sexuellen Attentaten gesichert sind. Es wird zuweilen vorkommen, daß die eine oder die andere Pflegerin mit einem älteren oder siechen Patienten nachts das Zimmer teilt, um stets gleich bei der Hand zu sein, wenn ein derartiger Kranker irgendwelcher Handreichungen bedarf. Es wird sich empfehlen, in diesem Falle stets sich die Freiwilligkeit der Übernahme eines derartigen Bereitschaftspostens von der betreffenden Pflegerin versichern zu lassen. Am besten ist es, wenn derartige Nachteinrichtungen durch Pflegerinnen übernommen werden, die man in ein privatvertragliches Verhältnis zu dem Kranken bzw. dessen gesetzlichem Vertreter bringt.

Unbedingt erforderlich ist es, vor der Anstellung weiblichen Pflegepersonals auf der Männerabteilung einer Irrenanstalt entsprechend die Aufmerksamkeit auf die sittliche Einwandfreiheit der Betreffenden zu richten und sich vor allem polizeiliche Führungsatteste vorlegen zu lassen, wenn man das Personal nicht aus Krankenschwestern- bzw. Diakonissinnenverbänden erhält, in denen nur Personen aufgenommen und beibehalten werden, die sich als hervorragend sittlich erweisen und während der Probezeit bewähren. In dieser Beziehung sind die sächsischen Landesanstalten vorbildlich, in denen wenigstens das gesamte Schwesternpersonal (aber auch das männliche Pflegepersonal) in einem besonderen Institut (Schwesternhaus Arnsdorf; für männliches Pflegepersonal Hochweitzschen) nicht nur für den eigentlichen Krankenpflegeberuf ausgebildet, sondern auch später in ihnen unter geistlicher Aufsicht zu strenger Sittlichkeit angehalten wird. Zwar herrscht hier nicht auch der das ganze sonstige Leben eng einschnürende Ton der katholischen Ordensschwestern, obgleich nicht verkannt werden kann, daß dieser wohl den stärksten Schutz gegen Unsittlichkeit verleiht, zumal in einem solchen Orden sicherlich meistens solche weibliche Individuen eintreten, deren Gesinnungsart so konstruiert ist, daß ihnen die dauernde und möglichst weitgehende Abstreifung weltlicher Neigungen aus diesem oder einem anderen Grunde weniger schwer wird, als es bei anderen der Fall ist. Viele öffentliche Irrenanstalten, die nicht größeren Anstaltsverbänden angehören, so auch die psychiatrischen Universitätskliniken sind gewöhnlich nicht in dieser Lage. Das weibliche Pflegepersonal dieser Anstalten setzt sich meistens zusammen aus Personen, die aus anderen Berufen zum Pflegedienst übertreten, manche aus Neigung, manche, weil sie aus ihrem Berufe aus-



schließlich eine Erwerbsquelle machen wollen. Sie werden dann gewöhnlich durch einen Arzt in bezug auf ihre dienstlichen Obliegenheiten ausgebildet, und auf eine derartige Zusammengehörigkeit wie in einer den obigen ähnlichen Schwesternschaft wird weniger Wert gelegt, als auf Erfüllung ihrer Pflichten bezüglich der Krankenpflege usw., und es ist wohl manchmal die Erfahrung gemacht worden, daß die eine oder andere Pflegerin wegen Gravidität, die sie sich im Verkehr mit ihrem Liebhaber außerhalb der Anstalt zugezogen hatte, entlassen werden mußte.

Die Frage bezüglich der Gravidität gibt Veranlassung zur Erörterung der Frage nach der Haftpflichtigkeit der Anstaltsleitung bzw. der vorgesetzten Dienstbehörde bei unsittlichen oder sonstigen Angriffen von Geisteskranken auf gravide Pflegerinnen oder bei erheblichen körperlichen Verzerrungen bei der Bändigung unruhiger Kranker und dadurch möglicherweise verursachten mehr oder weniger schweren Beschädigungen der Sexualorgane, abgesehen von Fehlgeburten. Bei Unfallversicherungen ist das Pflegepersonal gewöhnlich nicht eingeschrieben, die Behörden sind aber meistens so entgegenkommend, daß sie den von derartigen Unfällen Betroffenen, auch wenn keine Beamteneigenschaft erworben ist, eine hinreichende Entschädigung gewähren würden. Andererseits aber wird man der Anstaltsleitung gegebenen Falles Ausstellungen dahingehend machen, daß sie ihr Augenmerk nicht genügend auf diese Punkte gerichtet habe. Nach meiner Ansicht sollte man in die Dienstanweisung den Passus aufnehmen, der das Pflegepersonal auf die Gefahren einer Schwangerschaft im Dienste der Geisteskrankenpflege ausdrücklich hinweist und verlangt, daß das Pflegepersonal eine eingetretene Schwangerschaft dem vorgesetzten Arzte zu melden hat, worauf die Versetzung einer derartigen Pflegerin, falls sie nicht sofort den Dienst verläßt, bis zu dem durch die Kündigung eintretenden Entlassungstermin auf eine ruhige und gefahrlose Abteilung erfolgen würde, und daß die Anstaltsleitung bei Verschweigung eines derartigen Umstandes die Verantwortung betreffs der Folgen ablehnt.

Im allgemeinen sind, wie aus obigem hervorgeht, die Möglichkeiten, die betreffs des Anspruchs auf Schadenersatzleistungen gegen die Anstaltsleitungen in rebus sexualibus des weiblichen Pflegepersonals sowohl diesen als auch anderen Personen gegenüber erstehen können, glücklicherweise keine allzu großen, aber



nichtsdestoweniger dürfte es zweckdienlich sein, von vornherein die Verantwortung nach allen möglichen Richtungen auszuschalten, insofern dem weiblichen Personal von vornherein in diesbezüglichen Zusätzen zur Dienstanweisung die Gefahren, denen es bei der Ausübung seines Berufes ausgesetzt ist, erläutert werden, und gegen etwaige von anderer Seite gestellten Ansprüche kann man sich durch die Eingehung eines Haftpflichtvertrages mit einer diesbezüglichen Gesellschaft schützen, in welchem die Versicherung gegen die gesamte Haftpflicht auch in bezug auf die nichtärztliche, also rein verwaltungstechnische Tätigkeit der Anstaltsleitung aufgenommen wird. Vor allen Dingen aber muß die Betätigung in der Krankenpflege auf der Männerabteilung seitens des weiblichen Pflegepersonals eine durchaus freiwillige sein und darf nicht auf dem Wege der etwaigen Abkommandierung von der Frauenabteilung auf die Männerabteilung erfolgen, in welch letzterem Falle die Anstaltsleitung wegen eines von ihr geschaffenen Zwanges unter Umständen wohl mit Recht haftpflichtig gemacht werden könnte.

Die hereditäre Belastung der Dipsomanen.

Von

Dr. **Dobnigg,** als Rgt.-Arzt szt. der psych. Klinik in Wien zugeteilt,

und

Prof. **C. v. Economo,** Assistent d. psych. Klinik des Hofr. *Wagner v. Jauregg.*

Hierzu 1 Tabelle (Familientafel.)

Jeder ist mehr oder minder der Versuchung ausgesetzt, sich durch Nervenreize auf rasche und leichte Art Lustgefühle zu verschaffen. Das Kräftespiel zwischen solchen ziemlich allgemein vorhandenen Wünschen und den Hemmungen, die jeder einzelne als persönliche Reaktion kraft der genossenen Erziehung und seiner Selbsterziehung ihnen entgegenzusetzen vermag, ist der Ausdruck der moralischen Widerstandskraft der einzelnen Persönlichkeit. Mangel an Widerstandskraft — gleichgültig ob derselbe auf äußerlich begründetem Mangel an Erziehung zur Selbstüberwindung oder auf angeborener Unfähigkeit zur Bildung solcher Hemmungen oder endlich auf einem durch Krankheit begründeten Verlust früher haftengebliebener Hemmungsvorstellungen beruht — führt über den Weg der Bahnung, Hemmungslosigkeit, Abstumpfung gegen den Reiz und daher Steigerung seiner Dosierung zum Laster, d. h. zur vollkommenen Passivität gegenüber der Sucht, und zwar ist der Verfall derselbe, ob nun der Nervenreiz aus einer Handlung (Kartenspiel usw.) oder einem Gift besteht, nur daß bei letzterem (Mo., Op., Coc. und Alk.) sich noch die chemische deletäre Wirkung auf den Organismus und speziell das ZNS hinzuaddiert. Der chronische Alkoholiker ist das häufigste Bild dieser Sorte, und in einem Großteil der Fälle ist eine neuropathische Anlage die angeborene Ursache der Unfähigkeit zur Bildung wirksamer Hemmungen gegen die Versuchung.

Von ihm unterscheidet sich der Dipsomane dadurch, daß er nicht chronisch, sondern nur episodisch dieser Versuchung unterliegt, daß



also die Hemmungsschwäche nicht andauernd so groß ist, daß sie zum Mißbrauch von Alkohol führt, sondern, falls überhaupt andauernd vorhanden, bloß von Zeit zu Zeit solche Grade erreicht, daß der Betreffende sich hemmungslos dem Trunke ergibt.

Aber nicht der Gelegenheitsrausch am Auszahlungstage, oder die recht landesübliche Gewohnheit, jedes freudige sowie traurige Ereignis mit Alkohol zu begießen, ist damit gemeint, sondern was zur Aufstellung des Krankheitsbildes der Dipsomanie führte, war jene periodische Wiederkehr der Sucht nach geistigen Getränken, die in der Form eines unwiderstehlichen Triebes mit gleichzeitigen Erscheinungen von Schlaflosigkeit, ängstlichen Verstimmungen usw. einen Menschen gebieterisch befällt und erst nach Tagen vollständiger alkoholischer Betäubung wieder verläßt. Dieses Symptom des unwiderstehlichen Zwanges wird von *Wagner v. Jauregg* und von *Pilcz* neben der Periodizität als pathognomonisch angesehen und zur Einreihung des Krankheitsbildes in die Gruppe des „periodischen Irreseins" und zwar in der selteneren Form eines periodischen Triebes verwendet. Zum Unterschiede davon werden Fälle, in welchen eine von außen kommende Verstimmung oder eine andere Gelegenheit einen sonst Abstinenten zum Glase greifen läßt, der dann auf die ersten Tropfen hin seine ganze Widerstandskraft verliert, so daß er sich nunmehr tagelang dem Trunke ergibt, als Pseudodipsomanien bezeichnet.

Gaupp legt dagegen zur diagnostischen und klassifizierenden Abgrenzung der Dipsomanie das Hauptgewicht auf die durch keine äußere Ursache veranlaßten primären endogenen Verstimmungen, die den Dipsomanen den Alkohol als Betäubungsmittel suchen lassen, und faßt diese periodischen Verstimmungen als ein Zeichen von Epilepsie auf und somit die Dipsomanie gleich *Kräpelin*, *Aschaffenburg* und *Smith* als eine spezielle Form dieser Erkrankung. Gegen diese Auffassung hat in sehr ausführlicher Weise vor sieben Jahren *Pappenheim* Stellung genommen, wobei er die ganze Literatur der Dipsomanie sehr ausführlich berücksichtigt[1]). Nach ihm ist hierbei die Grundlage eine psychopathische Veranlagung überhaupt; eine auf derselben periodisch primär entstehende oder aber häufiger reaktive Verstimmung löst durch die auf dieser Konstitutionsanomalie eben beruhende Begierde nach Betäubung den Trunkanfall aus. *Pappenheim* nähert sich also wieder der alten *Magnan*schen Ansicht, daß die Dipsomanie ein Symptom des Irreseins der Entarteten und nicht eine besondere Krankheit sei. Der *Pappenheim*schen Auffas-

[1]) *M. Pappenheim*, Über Dipsomanie, Ztschr. f. d. g. Neurol. u. Psych. 1912, Bd. 11, Heft 3/4; hier ist die ganze frühere Literatur aufzufinden.



sungsart hat sich neuerlich wieder *Scheffer*[1]) angeschlossen, während *Bolten*[2]) die Dipsomanie als einen Symptomenkomplex auffaßt, der durch alle periodischen „Dysphorien“ hervorgerufen werden kann, gleichgültig ob dieselben auf hysterischer, neurasthenischer, epileptischer, manisch-depressiver, rein psychopathischer Grundlage oder sogar auf einer organischen Psychose (beginnende p. P.) entstehen.

Es schien uns nun von Interesse, nach den hereditären und familiären psychischen Verhältnissen der Dipsomanen zu forschen in der Erwartung, daß die Kenntnis derselben vielleicht einen Aufschluß über die Anlage geben könnte, auf welcher sich der Symptomkomplex der periodisch wiederkehrenden triebhaften Trunksucht entwickelt. Eine ähnliche Untersuchung der hereditärfamiliären Krankheitsverhältnisse der Paranoia querulans, von einem von uns durchgeführt[3]), hatte das Resultat ergeben, daß, während die Eltern der Par. qu. kaum je ausgesprochene Geisteskrankheiten aufweisen, die psychotischen Geschwister der Patienten Paranoia (Paraphrenie), Paranoia querulans und Katatonie aufweisen oder querulierende Psychopathen sind, die Deszendenz der Querulanten aber zu $^2/_3$ aus psychisch abnormen Kindern besteht, von denen die Hälfte an ausgesprochenen Psychosen aus der Gruppe der Dementia praecox leidet, die andere Hälfte mißtrauische, querulierende Psychopathen sind; mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit kann man wohl daraus schließen, daß die Paranoia querulans ebenso wie viele charakterologische Abnormitäten zur gleichen Gruppe degenerativer Veranlagung wie die schizophrenen Erkrankungen gehört.

Wir haben nun 1914 diese Familien-Untersuchungen in der Erwartung einer Aufklärung auch bei den Dipsomanen durchgeführt; sie wurden durch den Krieg unterbrochen; die nun so veränderten Verhältnisse Österreichs, die eine ersprießliche Nachforschung bei den nunmehr zum großen Teil zum „Ausland“ gehörenden Gemeinden und Funktionären des früheren Reiches unmöglich machen, hindern wohl für unabsehbare Zeiten die stellenweise wünschenswert gewesene Vervollständigung der Daten, insbesondere die über die Deszendenz, die ja gerade nach Jahren hätten eruiert werden sollen, so daß wir wenigstens die bisherigen Resultate hier veröffent-

[1]) *G. W. Scheffer*, Monatschr. f. Psych. u. Neur. 1917, Bd. 42, H. 4.
[2]) *G. C. Bolten*, Monatschr. f. Psych. u. Neur. 1916, Bd. 39, H. 4.
[3]) *C. v. Economo*, Jahrb. f. Psych. u. Neur. 1914, Bd. 36.



lichen wollen. — So erklärt es sich auch, daß wir unter 50 Fällen von Dipsomanie, die im Laufe der letzten zwei Jahrzehnte an der Psychiatrischen Klinik in Wien beobachtet worden waren, nur über 23 Fälle bezüglich ihrer familiären Beziehungen genügende Aufschlüsse erhalten konnten; die meisten Patienten wurden hierbei persönlich wieder einvernommen und Verwandte ebenfalls vorgeladen und ausgefragt; nur bei ganz wenigen mußten wir uns auf die von der Heimatsgemeinde oder Verwandten erhaltenen schriftlichen Auskünfte beschränken. Wir führen natürlich hier alle Fälle an, bei welchen wir Auskünfte erhalten konnten, ohne Rücksicht, ob sich daraus eine krankhafte Belastung ergab oder nicht.

Bei der schon oben erwähnten, von Autor zu Autor wechselnden Definition der Dipsomanie würde wohl der eine oder andere Fall je nach dem Beurteiler vielleicht gar nicht oder vielleicht erst recht zur echten Dipsomanie gezählt werden; dies bringt die Frage der Dipsomanie mit sich und wird bei der Betrachtung der Fälle noch berücksichtigt werden. Die Krankengeschichten wollen wir hier, da es sich nicht darum handelt, das genugsam bekannte Bild neu zu illustrieren, nur sehr gekürzt, soweit es zur Beurteilung des Falles nötig ist, wiedergeben.

I. J. D., 62j., Privatbeamter, angeblich in gewöhnlichen Zeiten abstinent, in seinem Fach ein tüchtiger Arbeiter und intelligent, jedoch stets sehr empfindsam, rechthaberisch, leicht erregbar und unstet. Reagierte schon in der Jugend auf geringe äußere unangenehme Anstöße mit übertrieben starker Erregung, gepaart mit innerer Unruhe und Schlaflosigkeit. Ein solcher Ärger zur Zeit des Militärdienstes war die Ursache des ersten Trinkexzesses, der ihn schon in seiner Jugend einmal in die Beobachtungsstation brachte. Neben diesen exogenen Verstimmungszuständen leidet er auch an durch keinen äußeren Anstoß hervorgerufenen, also endogenen Verstimmungen, die mit plötzlicher ängstlicher Unruhe und Agrypnie beginnen und mehrere Tage dauern können. Auch gelegentlich ganz geringer Alkoholgenuß, zu dem der sonst auf seine Abstinenz stolze Pat. durch Verführung bei freudigen Familienereignissen oder sonst mal kommt, löst bei ihm die ängstliche Verstimmung und die innere Unruhe aus. Er selbst behauptet, daß diese Art von Alkoholintoleranz schon immer bei ihm bestanden habe; sie sei familiär und trete schon bei kleinen Alkoholdosen (ein paar Glas Bier) auf. Gleichgültig, ob nun die ängstliche Verstimmung durch einen äußeren seelischen oder toxischen Anlaß hervorgerufen wird oder spontan endogen bei ihm auftritt, er kann diese innere ängstliche Unruhe und Schlaflosigkeit nicht ertragen,



sondern fühlt den unwiderstehlichen Drang sich zu betäuben, um sich Ruhe zu verschaffen, und trinkt dann große Mengen Alkohol. In den letzten Jahren ist in diesen Zuständen seine Sucht nach Betäubung stärker geworden, und er greift auch zu anderen Narkotizis, so zum Opium, Kodein, Paraldehyd. Diese Rauschexzesse führen dann meist zu seiner Internierung. Da er weiß, daß er nicht die Willenskraft besitzt, dem Alkohol zu widerstehen, und die Folgen seiner Trunkenheit fürchtet, sucht er in diesen Verstimmungszuständen die Klinik selbst auf — allerdings oft, nachdem er sich erst das bene einer mäßigen Alkoholisierung gegönnt hat. In der Klinik ist er schlaflos, ängstlich erregt, verlangt stürmisch Narkotica, ist sehr aufgebracht, daß ihm dieselben nur soweit nötig und in medizinalen Dosen verabreicht werden, und es dauert meist ein bis zwei Wochen, bis er sich wieder beruhigt und zu seinem Beruf entlassen werden kann, den er dann wieder klaglos versieht. In diesen monatelangen Pausen war er früher abstinent. In letzter Zeit scheint dies nicht mehr ganz der Fall zu sein. Im Laufe der Jahrzehnte hat er über 90 mal schon in der Klinik Aufnahme gefunden.

Über die Familie ist folgendes eruierbar gewesen: Von den Großeltern väterlicherseits war die Frau gesund, der Mann Potator strenuus. Die Eltern des Pat. boten an sich nichts Abnormes, doch ist der Stiefbruder des Pat. aus der zweiten Ehe des Vaters mit einer gesunden Frau ein Durchgeher, der schon als Knabe von Hause immer wegrannte und auch jetzt ein unstetes Leben führt. Aus der ersten Ehe des Vaters (mit der gleichfalls gesunden Mutter des Pat.) entstammen zwei Brüder und eine Schwester. Die beiden Brüder sind frühzeitig von der Heimat weg und verschollen, sie haben, ohne daß ein Streit oder sonst eine Ursache vorlag, nie mehr etwas von sich hören lassen. Die Schwester war als 17-jähriges Mädchen ein Jahr lang so „nervös“, daß sie in einer Heilanstalt war, näheres war über ihre Erkrankung nicht zu eruieren, doch sie ist seither gesund und übt bis heute ihren Beruf als Hebamme anstandlos aus; diese Schwester hat von ihrem gesunden Gatten (der selbst in erster Ehe mit seiner ersten Frau gesunde Kinder gezeugt hat) vier Kinder, zwei Knaben und zwei Mädchen. Der älteste Sohn (also Neffe des Pat.) ist derzeit ein sehr tüchtiger Finanzbeamter, der aber in den Pubertätsjahren eine Zeit abnormer Reizbarkeit (nach seiner eigenen Angabe) durchgemacht hat und auch jetzt noch leicht erregbar ist. Er leidet nicht an Verstimmungszuständen, ist aber Alkoholintolerant, kommt durch geringen Alkoholgenuß in ängstliche Erregung und wird schlaflos! ist daher aus Vorsicht abstinent. Der zweite Sohn ist ein tüchtiger Schlosser, doch unstet, bleibt nie lange auf demselben Posten und auch nicht im selben Ort, sondern ist immer auf der Wanderschaft. Eine Amnesie für seine Reisen oder sonst etwas auffallig Pathologisches läßt sich über ihn nicht eruieren. Von den beiden Töchtern ist die ältere verheiratet, tüchtig in der Arbeit, aber sehr rechthaberisch und streitsüchtig. Die jüngere unverheiratete



wollte 13jährig schon mit einem Geliebten durchgehen und fröhnt zu Hause der Onanie in etwas schamloser Weise; außer diesem gesteigerten Geschlechtstrieb ist kein anderer Defekt an ihr.

Epikrise: Bei einem durch seine gesteigerte Affektibilität als psychopathisch veranlagt charakterisierten Menschen führen sowohl exogene, unverhältnismäßig starke als auch primäre, in seiner abnormen Veranlagung begründete endogene Verstimmungen zu episodischer Sucht nach Betäubung durch Alkohol (und andere Narkotica). Außerdem ist er Alkoholintolerant; diese Alkoholintoleranz findet sich auch bei einem Neffen des Patienten. Er selbst ist ein typischer Dipsomane, dessen Krankheit seit Jahrzehnten an unserer Klinik beobachtet und verfolgt wird. Die Familie ist hereditär belastet (Fig. 1 vor S. 409). Der Großvater war potator strenuus. Die Eltern sind gesund, aber die Geschwisterreihe und deren Deszendenz ist insgesamt abnorm und weist einen Durchgeher auf, einen unsteten Wanderer, eine auffallend stark libidinöse Person, die 13jährig mit einem Geliebten durchgeht, eine nervöse Person, die ein Jahr in der Anstalt verbringen muß ohne näher definierbare Störung, eine auffallend streitsüchtige und rechthaberische Frau, einen nervös-erregbaren Mann, der Alkoholintolerant ist, und zwei Männer, über die sich nichts näheres sagen läßt, weil sie „verschollen" sind. Wir werden kaum fehl gehen, wenn wir in dieser unbegründeten Abkehr von Heimat und Familie, ohne je wieder von sich Nachricht zu geben, zum mindesten den Ausdruck einer gewissen Sonderbarkeit erblicken; und der Schluß erscheint uns berechtigt, da die in diese Familie eingeheirateten Frauen selbst gesund und aus gesundem Hause stammten (soweit wir es eruieren konnten), die Trunksucht des Großvaters für die Degeneration, die sich nach Überspringung der nächsten Generation in der Enkel- und Urenkelgeneration bemerkbar macht und kein Mitglied verschont, verantwortlich zu machen. Eine bestimmte Psychose finden wir in der Familie nicht, doch ist ein großer Teil ihrer Mitglieder abnorm und weist psychopathische Züge auf.

II. Karl T., 46j. Kutscher, mäßiger chronischer Alkoholgenuß, zu Zeiten auch monatelang vollkommen abstinent; in seinem Berufe tüchtig, gutmütig, von äußerst weicher Gemütsart, kommt durch ganz geringe unangenehme Ereignisse des Alltags zeitweise in Zustände nachhaltender ängstlicher Erregung und Depression, gepaart mit Suizidgedanken, die er auch auszuführen sucht, und mit Schlaflosigkeit. Die Tiefe der Depression



steht in keinem Verhältnis zur meist geringfügigen auslösenden Ursache; doch bestehen primäre Depressionen anscheinend nicht. In diesen Verstimmungszuständen trinkt er unmäßig viel. Im Rausch ängstlich, hält sich für verfolgt, ab und zu leicht delirante Zustände mit einzelnen Halluzinationen. Kommt manchmal im Zustand ängstlicher Erregung spontan in die Klinik, um nicht der Versuchung nach Alkohol zu unterliegen. In der Klinik vergeht innerhalb einiger Tage die ängstliche Verstimmung. War bisher 18mal auf der Beobachtungsstation.

Die familiären Verhältnisse waren hier folgende: Die Großeltern väterlicher- und mütterlicherseits gesund. Mutter gesund, ohne Abnormität; von den vier Geschwistern der Mutter war nur einer normal, zwei Brüder ergaben sich dem Trunke, der eine davon endete durch Suizid, der andere ist verschollen. Die Schwester der Mutter ist arbeitsam, jedoch sehr libidinös veranlagt, hat alle Augenblicke einen anderen Liebhaber und hat durch ihren Lebenswandel ihren Gatten zum Selbstmord getrieben. Der Vater des Pat. war ein leichtsinniger, stets lustiger, unstet als vagabundierender Musikant sich fortbringender Potator. Von den vier Geschwistern des Vaters ist eine Schwester eine leichtsinnige Potatrix, die andere ordentlich, ebenso sind die beiden Brüder ordentliche Menschen, doch hat jeder von ihnen neben einem, resp. 4, gesunden Kindern auch je einen Potator zum Sohn, von denen der eine äußerst gewalttätig im Rausche ist und wiederholt in der Irrenanstalt interniert war. Von den beiden Geschwistern des Pat. ist der eine ein gewalttätiger chronischer Potator, der schon wiederholt in der Irrenanstalt interniert werden mußte, die Schwester aber eine herrische Potatrix. (Fig. 2.)

Epikrise: Bei einem durch seine gesteigerte Affektibilität und die Nachhaltigkeit der Affekte als psychopathisch veranlagt charakterisierten Menschen führen zwar exogen veranlaßte jedoch abnorm starke, dem Anlaß nicht adäquate Verstimmungen, gepaart mit Agrypnie, episodisch zur Sucht nach Betäubung. Die Alkoholreaktion ist in diesem Zustande bei dem auch sonst nicht abstinenten Patienten insofern abnorm, als sie leicht zu delirösen Zuständen führt. Seit mehr als einem Jahrzehnt häufiger Gast unserer Klinik in diesen Zuständen, ist er als ziemlich typischer Dipsomane zu bezeichnen. Die Belastung des Patienten ist eine doppelseitige, von Vaters- sowohl als von Muttersseite schwer, und zwar sowohl charakterologische Abnormitäten (Leichtsinn, Vagantentum, Unverträglichkeit, Gewalttätigkeit) sind da vertreten als besonders Potus. Von der Generation dieser Familie; zu der der Patient gehört, sind unter zehn Personen fünf doch als defekt (psychopathisch) zu bezeichnen, ohne daß eine spezielle Psychose vorkäme. Alkohol ist hier ebenso wie im vorigen Fall als



direkt belastender Faktor (Vater Potator), außerdem noch als Wirkung der Umgebung (Milieuwirkung) beteiligt, da Potus auch sonst in der Familie sehr verbreitet ist.

III. J. M., 43j. Tischler, arbeitsamer, ruhiger Mensch; für gewöhnlich mäßiger, normaler Alkoholgenuß, zeitweise auch vollkommen abstinent. Leidet seit ungefähr seinem 26. Jahre an unmotiviert auftretenden Verstimmungszuständen, die mit Arbeitsunlust, Ängstlichkeit und Suizidgedanken einhergehen; gleichzeitig besteht Schlaflosigkeit. Solche Verstimmungen treten öfters im Jahre auf, dauern meist nur einige Tage, oft aber auch mehrere Wochen. Die beiden ersten Internierungen in der Klinik erfolgten wegen Suizidversuchen in solchen dysthymischen Zuständen. Später erst kam er aufs Trinken; seitdem er getrunken hat, spürt er in solchen Verstimmungszuständen einen unwiderstehlichen Trieb zum Trinken, eine Wut sich tot zu trinken; anfangs steigert der Alkohol die Ängstlichkeit; es kommt manchmal in diesen Zuständen auch zu ängstlichen Delirien; schon bei seiner dritten Aufnahme, da er also noch nicht die Gewohnheit hatte, eine solche Verstimmung durch Alkohol zu betäuben, wies er im Rausche expansive Ideen auf (er führte Krieg mit China), die seine Internierung veranlaßten. Diese Reaktionen bei einem Menschen, der in der Zwischenzeit sehr mäßig ist, können wohl als abnorm bezeichnet werden. In der Klinik vergehen die Verstimmungszustände und der Suiziddrang meist in einigen Tagen, obschon sie sehr tief sind. Selbstanklagen, die über den Rahmen der gewöhnlichen Reue der Dipsomanen hinausgehen, produziert er nicht. Er war bisher 30 mal in der Klinik seit 15 Jahren. In letzter Zeit führten auch exogene Verstimmungen oder Verführung zu einzelnen Trinkexzessen, in welchen die Ängstlichkeit und der Suiziddrang wie sonst bei primären Verstimmungen auftraten.

Über die Familie war nichts zu erfahren, als daß der Vater ein brutaler Potator war, der dem Sohne im Zorne einmal den Arm brach. Die Mutter wies auf psychischem Gebiete keine Abnormitäten auf. Von Epi. oder Mel. in der Familie nichts zu erfahren.

Epikrise: Ein sonst arbeitsamer und nüchterner Mann kommt infolge endogener, primärer Verstimmungen zu episodischen Trinkexzessen, die ihn zu einem Dipsomanen stempeln. Die endogenen Verstimmungen sind neben seiner pathologischen Alkoholreaktion das einzige Symptom, das ihn als Psychopathen kennzeichnet; es ist naheliegend, die Verstimmungen mit Suizidgedanken als melancholische Erkrankung aufzufassen, obschon die Kürze der Dauer der einzelnen dysthymischen Anfälle und das Fehlen von Selbstanklagen wieder dagegen sprechen. Für eine epileptische Erkrankung war auch kein Anhaltspunkt zu finden. Auch die familiären Ver-



hältnisse geben keinen Aufschluß, nur der Alkoholismus des Vaters ist zu notieren.

IV. M. P., 43j. Kutschersgattin, arbeitsam und ordentlich, mäßiger, in normalen Grenzen sich haltender Alkoholgenuß, oft monatelang abstinent, wird seit sechs Jahren ein- bis zweimal jährlich ohne jeden äußeren Anlaß und ohne jede (?) endogene Verstimmung von einem unwiderstehlichen Drange zum Trinken von Alkohol, besonders von starken Getränken, befallen. Wird sie am Trinken verhindert, so tritt Ängstlichkeit, Zittern, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen beim Versuch zu essen auf. Mit Gewalt sucht sie sich Alkohol zu beschaffen, gießt Tabakabsud hinein, um das Getränk stärker zu machen. Mit den Menses stehen diese Trinkperioden in keinem Zusammenhang. Ob nicht ein „verdrängter Komplex" doch der Anlaß zur episodischen Wiederkehr der Zustände ist, läßt sich nicht ausschließen, in diesen Zeiten denkt sie viel an einen Neffen, der sich infolge seines leichtsinnigen Lebenswandels den Tod gab, und sie überhäuft dann im Rausch ihren Gatten mit Vorwürfen, daß er die Schuld am Tode desselben trage. Sie trinkt in diesen Zuständen mehrere Liter Rum, bis sie vollkommen berauscht ist; nach dem darauffolgenden Schlaf hört der Zustand vollkommen auf, und sie kehrt zu ihrer normalen, ordentlichen Lebensweise zurück. Zweimal hatte sie bisher in schwerem Rausch einen Ohnmachtsanfall mit Zyanose und tonischer Starre, der zirka 5 Minuten dauerte, sonst nie etwas derartiges. Sie war bisher viermal in der Klinik. — Die Familiennachforschung ergab, daß die Mutter eine Potatrix war und die Patientin als Kind zwang, Alkohol zu trinken. Ein Neffe leichtsinnig, Suizid. Sonst in der Familie nichts Abnormes.

Epikrise: Bei einer sonst charakterologisch nicht abnormen Frau, die aber schon als Kind der Noxe des Alkohols ausgesetzt war, tritt unabhängig von den Menses unter dem Bilde eines unwiderstehlichen Triebes eine Sucht nach Alkohol periodisch auf, gleichzeitig mit allgemein nervösen Störungen und Störungen des Verdauungstrakts bei Abstinenz von Alkohol in diesem Zustand. Wir haben bei dieser Dipsomanen das Bild des periodischen Irreseins in Form krankhafter Triebe ohne vorhergehende Verstimmung. Zu berücksichtigen ist, daß doch vielleicht ein „Komplex" die Ursache dieses Triebes sein könnte. Ferner wurden zweimal epileptoide Anfälle unter Alkoholwirkung bei ihr beobachtet. Sonst weder bei ihr noch in der Familie ein Anhaltspunkt für eine epileptische Erkrankung; die Mutter war Potatrix.

V. H. S., 37j. Buchhalter, für gewöhnlich arbeitsam; mäßiger, habitueller, noch innerhalb normaler Grenzen sich bewegender Alkoholgenuß. Leidet seit seiner Kindheit an allgemeiner Nervosität und Reiz-



barkeit; litt bis in die Pubertätszeit an Nachtwandeln; hat jetzt ab und zu spontan Schwindelanfälle, jedoch nie einen Anfall von Bewußtlosigkeit. Leidet seit 17 Jahren an Verstimmungszuständen, die spontan ein- bis zweimal im Jahre und auch öfter auftreten, manchmal können auch solche schwere Verstimmungszustände an geringe äußere ärgerliche Ursachen sich anschließen. Solche Verstimmungen können Tage, aber auch Wochen dauern; sie gehen mit Ängstlichkeit, Reizbarkeit und taedium vitae einher. Gleichzeitig plagt ihn Schlaflosigkeit, er wird sexuell stumpf, appetitlos und fühlt einen kolossalen Durst — „könnte Fässer austrinken" —. Trinkt in diesen Zuständen zuerst Wasser, 5—6 Liter im Tag die ersten 2—3 Tage, vergeht da die Verstimmung nicht, fängt er an, Bier und dann Wein zu trinken; dann tritt bei ihm ein Dämmerzustand ein, für den er später größtenteils amnestisch ist, in diesem eilt er von Schenke zu Schenke, geht dann zur Bahn und unternimmt zwecklose Reisen; in diesem Zustand scheint er weder maßlos zu trinken, noch irgendein unkoordiniertes Benehmen zur Schau zu tragen, da er bisher noch keinen Anstand mit Bahnpersonal oder Schutzleuten gehabt hat; er übernachtet in Gasthöfen und reist wieder weiter, bis er nach einigen Tagen plötzlich, manchmal auf der Gasse, wieder zu sich kommt, ohne zu wissen, wo er sich befindet. Er geht zur nächsten Wachstube, um sich zu orientieren, und bittet um Begleitung auf die Bahn, um vor sich selbst sicher zu sein, daß er nicht wieder in ein Gasthaus einkehrt. Für die Zeit der Wanderung besteht Amnesie. Zu Hause angelangt schämt er sich, verbleibt einige Tage in dieser reaktiven Depression, hat einen Ekel vor Alkohol. Dann geht er wieder seinem Berufe nach wie vor dem Anfall. Manchmal ruft der Alkohol bei ihm nicht diesen Dämmerzustand, sondern trunkfällige Delirien hervor.

Die Familienuntersuchung ergibt hier: Vater und dessen Geschwister ohne nachweisbare Störung; ein Sohn eines Bruders des Vaters hat defraudiert und führt seither ein unstetes Vagabundenleben. Die Mutter des Pat. war Trinkerin, außerdem von jeher sehr nervös, drohte oft mit Selbstmord. Mutters Geschwister ohne Besonderheit, über die Großeltern nichts Abnormes zu erfahren. Von beiden Schwestern des Pat. ist die eine Potatrix, die andere litt in der Pubertätszeit an Epianfällen.

Epikrise: Bei einem nervös veranlagten Menschen, der in der Jugend Neigung zu Dämmerzuständen (Somnambulismus) aufwies, treten periodisch endogene, tiefe Verstimmungen auf, in denen als Symptom des Intestinaltrakts ein pathologisches Durstgefühl zum Trinken von Wasser in großen Mengen und dann von Alkohol führt. Patient ist ein typischer Dipsomane. Er leidet außerdem an Schwindelanfällen, Epianfälle hat er nie gehabt. Er reagiert auf Alkohol in diesen Verstimmungszuständen oft abnorm, und zwar



entweder mit delirösen oder mit Dämmerzuständen (zu welchen er in seinem jugendlichen Somnambulismus schon die Neigung aufwies); diese Dämmerzustände, die mit Amnesie verbunden sind, weisen deutliche poriomane Züge auf. Die endogenen Verstimmungen können bei ihm der Ausdruck seiner psychopathischen Anlage im allgemeinen sein. Die Neigung zu Dämmerzuständen und seine Schwindelanfälle können den Gedanken an eine epileptische Anlage erwecken. Eine Schwester des Patienten litt vorübergehend an Epilepsie. Die nervöse Anlage der Mutter, gepaart mit ihrem Alkoholismus, kann die Ursache der degenerativen Anlage des Patienten sein, die bei einem Kind als Epi., beim Patienten als periodische Verstimmung und Neigung zu Dämmerzuständen zum Ausdruck kam. Der Alkohol spielt außerdem als Milieuwirkung in dieser Familie eine Rolle.

VI. J. L., 39j. Bäcker, mäßiger, habitueller Alkoholverbrauch; arbeitsam, doch stets reizbar und von geringer ethischer Widerstandskraft. Während seiner militärischen Dienstzeit erhielt er einen Säbelhieb am Kopf, damals ohne weitere Folgen, auch keine Bewußtlosigkeit. Seit 1902 sporadische Epi-Anfälle. Ab und zu ganz grundlose Angstzustände. Seit 1905 in periodischer Wiederkehr 3—4mal im Jahr ein unwiderstehlicher Drang nach scharfen Getränken, gleichzeitig mit allgemeinem Mattigkeitsgefühl und Appetitlosigkeit auch ohne eigentliche Verstimmung. Diese endogenen Zustände sind manchmal von einem Epi-Anfall eingeleitet derart, daß, wenn er aus der Bewußtlosigkeit zu sich kommt, ihn die unstillbare Gier nach Alkohol befällt. Trinkt dann alles Mögliche, auch Spiritus usw., bis er vollkommen betäubt ist. Wenn er dann ausgeschlafen hat, hat er vor dieser ihm selbst, wie er sich ausdrückt, rätselhaften Gier $^3/_4$ Jahre Ruhe. Er gibt aber selbst zu, daß manchmal auch ein von außen her veranlaßter Ärger zu einem solchen Trinkexzeß führen kann. Unter Alkoholwirkung kommt es leicht zu trunkfälligen akustischen Halluzinationen und delirösen Zuständen.

Die Umschau in der Familie zeigt, daß die Belastung eine doppelseitige ist, und zwar war die Mutter ebenfalls eine periodische Trinkerin, die als Dipsomane geschildert wird. Der Vater ist Potator und als solcher eifersüchtig; eine Schwester des Vaters soll einmal einen epileptischen Anfall gehabt haben und durch Suizid geendet haben; ein Geschwisterkind des Vaters unternahm ebenfalls einen Suizidversuch.

Epikrise: Bei einem psychopathisch Veranlagten, der anamnestisch ein geringes Schädeltrauma aufweist, treten neben sporadischen echten Epianfällen endogene Angstzustände und außerdem



periodische, impulsive Sucht zum Alkohol, gepaart mit geringen Symptomen des Intestinaltrakts auf (Dipsomanie als periodisches Irresein in Form krankhafter Triebe). Oft sind diese Trinkanfälle einesichtlich postepileptische Störung. Hereditäre, doppelseitige, alkoholische Belastung; Mutter außerdem Dipsomane (?) [eine Angabe, die sonst nicht häufig ist]. Epilepsie kommt in der Familie noch einmal bei einer Tante des Patienten vor, so daß man auch, wenn man die Epi. des Patienten als traumatische ansehen will, doch eine gewisse Bereitschaft des ZNS, eine Anlage in dieser Richtung, zugestehen muß. Die beiden Suizide in der Familie zeigen die für so viele Psychopathen charakteristische Unfähigkeit, unangenehme Erlebnisse seelisch zu überwinden.

VII. E. K., 29j. Werkmeistergattin, arbeitsam, psychisch sonst unauffällig, habitueller mäßiger Potus infolge alkoholischen Milieus (Freundin Alkoholikerin). Seit ungefähr vier Jahren treten alle zwei bis drei Monate prämenstruelle Zustände von Schlaflosigkeit und Reizbarkeit unvermittelt auf, während welcher sie vorerst mehr Wein, dann Schnaps und Rum mit Tabakabsud trinke. Die Verstimmung wird dadurch nicht besser, und sie trinkt weiter, bis sie ganz betäubt ist. Ein tiefer Schlaf schließt die Trinkperiode ab. Nach derselben ist sie einige Wochen lang ganz abstinent. Dauer der Trinkperiode einige Tage bis zu einer Woche.

Die Umfrage in der Familie ergibt, daß die Mutter und Geschwister gesund sind, der Vater aber war die letzten 12 Jahre seines Lebens trübsinnig.

Epikrise: Bei einer sonst keine psychischen Abnormitäten aufweisenden jungen Frau, die jedoch durch Verführung dem Alkohol auch sonst nicht fern bleibt, treten (vielleicht zum Teil dadurch erst manifest werdende) prämenstruelle, endogene Verstimmungszustände auf, in denen sie bis zur Betäubung trinkt. Die sonst gesunde Familie dieser Dipsomanen weist einen melancholischen Vater auf. Der Verdacht ist naheliegend, auch die endogenen Verstimmungen der Tochter als Ausdruck derselben Anlage aufzufassen, die vielleicht erst durch den chronischen Alkoholabusus prämenstruell sich periodisch manifestiert.

VIII. F. Sch., 45j. Hilfsarbeiter, fleißig und tüchtig, für gewöhnlich nüchtern, zeitweise auch ganz abstinent; seelisch sehr empfindsam, kommt manchmal durch geringe äußere Anlässe, aber auch ohne solche, in starke gemütliche Depressionen mit Arbeitsunlust, Appetitlosigkeit, Erbrechen beim Versuch zu essen. Gleichzeitig stellt sich ein furchtbares Durstgefühl



ein, er trinkt dann Bier und Wein, besonders aber Schnaps, tagelang, ohne zur Arbeit zu gehen, bis er ganz alkoholisiert in Schlaf verfällt. Häufig treten trunkfällige Halluzinationen und Delirien auf, die zu wiederholter Abgabe auf das Beobachtungszimmer geführt haben. Solche Trinkanfälle traten früher zweimal jährlich auf. Sie haben vor ungefähr sieben Jahren begonnen. Jetzt, da er verheiratet ist, verbringt er diese Depressionszustände oft zu Hause im Bett; sein Durstgefühl wird durch Tee und Milch gestillt; da er aber alles außer Alkohol erbricht, gibt ihm in diesen Zuständen seine Frau 1/4 Liter Kognak im Tag, verteilt auf alles, was er zu sich nimmt, da er es angeblich ohne diesen Zusatz nicht bei sich behält. Pat., der stets ein starker Raucher ist, raucht in diesen Zuständen unmäßig. Dabei besteht Mattigkeit, Unglücksgefühl, häufiges Weinen; der Zustand dauert zwei bis vier Wochen. Da wird er auf einmal wieder von einem Tag zum andern normal, geht an die Arbeit, trinkt nicht mehr und ist sogar ganz abstinent, bis wieder nach mehreren Monaten ein neuer Verstimmungszustand mit Sucht nach Alkohol beginnt. In der letzten Zeit sind diese Zustände etwas häufiger, drei- bis viermal jährlich.

Die Nachforschung über die hereditären Verhältnisse ergab: Mutter normal, aus gesunder Familie. Vater angeblich ein ordentlicher Mensch, der erst nach dem Tode eines Sohnes aus Kummer zu trinken anfing; da er jedoch schon im Jahre 1850 als chronischer Alkoholiker mit Halluzinationen auf unserer Klinik war und in der damaligen Anamnese nicht näher definierbare Krämpfe erwähnt sind, war er offenbar Alkoholiker schon vor der Geburt des Pat. Er ist als chron. Alkoholiker dreißig Jahre später in der Irrenanstalt in Dobřan gestorben. Ein Bruder unseres Pat. starb früh an Tbc., eine Schwester ist gesund. Der zweite Bruder war wiederholt in der Irrenanstalt, bald als chronischer Alkoholiker mit Halluzinationen, bald wegen hypochondrischer Verstimmungen mit Suizidabsichten; oft bringen ihn die ängstlichen Verstimmungen zum übermäßigen Trinken, aber er trinkt in der Zwischenzeit auch viel. Eine Tochter dieses Bruders war vor kurzem wegen eines melancholischen Verstimmungszustandes mit Suizidgedanken in der Klinik.

Epikrise: Bei einem seelisch sehr empfindsamen, sonst aber keine psychischen Auffälligkeiten bietenden nüchternen Menschen treten seit seinem 37. Jahre endogene Verstimmungszustände (manchmal auch exogen bedingt, aber dann abnorm tief im Verhältnis zur Geringfügigkeit des Anlasses) mehrere Male im Jahr auf, gepaart mit Störungen des Intestinaltrakts und Durst, die ihn zum Alkohol treiben. Mit Abklingen der Verstimmung dieses Dipsomanen hört auch die Sucht nach Alkohol vollkommen auf. Die tiefe Verstimmung und die mehrwöchentliche Dauer derselben läßt an eine melancholische



Grundlage derselben denken, das Vorkommen einer melancholischen Depression mit Suizidgedanken bei der Nichte des Patienten sowie die rezidivierende Hypochondrie mit Suizidgedanken bei seinem Bruder, der nebenbei chronischer Alkoholiker ist, macht es sehr wahrscheinlich, daß die periodische Verstimmung dieses dipsomanen Patienten ein Ausdruck seiner periodischen, melancholischen Veranlagung sei; der Vater ist ein Potator, der verhältnismäßig spät zum Alkohol kam, und zwar erst aus Kummer über den Verlust eines Kindes, vorher war er sehr ordentlich. Wir sehen also im Vater und den beiden Söhnen Leute, die durch äußere Widerwärtigkeiten in abnorm tiefe Verstimmungen geraten, und die nicht die moralische Kraft aufbringen, dieselben zu ertragen, sondern zum Alkohol greifen; die beiden Söhne leiden außerdem auch an endogenen Verstimmungszuständen auf melancholischer (manisch-depressiver) Veranlagung. Während nun der eine dem chronischen Alkoholismus verfällt, weil er auch in den depressionsfreien Zeiten nicht die Willenskraft gegen die Versuchung aufbringt, ist der sonst nüchterne nur in den depressiven Zeiten hierzu nicht imstande (vielleicht infolge seiner zu dieser Zeit auftretenden Intestinalstörungen?) und wird hierdurch zum Dipsomanen. Er zeigt auch eine etwas abnorme Reaktion auf Alkohol insofern, als er auffallend leicht im Rausche halluziniert.

IX. F. St., 41j. Vertreter, fleißig und tüchtig in seinem Beruf, sehr mäßig, fast ganz abstinent in gewöhnlichen Zeiten und heiteren Temperaments, gesellig. Leidet schon seit seiner Militärzeit an jährlich wiederholt periodisch auftretenden endogenen tiefen Verstimmungen, die auch durch ganz geringfügige äußere Anlässe hervorgerufen werden können. Diese Verstimmungen rufen sofort Suizidgedanken hervor, die ihn nicht mehr verlassen; gleichzeitig besteht ängstliche Unruhe, Schlaflosigkeit, ein Brennen im Magen und großes Durstgefühl; wenn er in solchen Zeiten Alkohol nur riecht, kann er sich nicht mehr zurückhalten und fängt zu trinken an; tagelang irrt er unstet von Schenke zu Schenke, wird in dieser Zeit ganz verwahrlost. Der Alkohol dämpft seine quälenden Beschwerden, festigt aber die Suizidabsicht, die dann plötzlich in triebhaftem, gewalttätigem Selbstvernichtungstrieb sich offenbart (Erschießen, Ertränken, Gasvergiftung, Pulsadernöffnen, Halsdurchschneiden usw. usw.). Kam wegen dieser Suizidversuche immer wieder in die Klinik. Wenn diese Periode vorbei ist, scheint es ihm unbegreiflich, wie er so etwas anstellen konnte; bleibt dann monatelang abstinent und arbeitet ruhig.

Die Umschau in der Familie ergab: Der Vater, selbst Sohn gesunder Eltern, wies keinerlei psychische Abnormität, keine periodischen Ver-

stimmungen, keinen Alkoholismus auf. Doch endete ein Bruder des Vaters durch Suizid, ohne daß die veranlassende Ursache dafür bekannt geworden wäre. Der zweite Bruder des Vaters war ein Alkoholiker, brachte seine beiden Kinder und dann sich selbst um. Die Mutter des Pat., Tochter gesunder Eltern, ist selbst psychisch stets unauffällig gewesen, doch hat sie eine Schwester, die nach der Beschreibung an konstitutioneller hypochondrischer Depression leidet; die andere Schwester ist gesund, der Bruder aber machte seinem Leben auf grauenhafte Art durch Halsabschneiden ein Ende, als er zu seiner Militärdienstzeit hätte einrücken sollen. Der Pat. hatte ferner einen Zwillingsbruder, der in jungen Jahren ohne genügend bekanntes Motiv Selbstmord beging; die eine Schwester ist „hysterisch" und „zänkisch", die zweite Schwester ist anscheinend normal und hat vier gesunde Kinder.

Epikrise: Bei einem in gewöhnlichen Zeiten keine manifesten Zeichen von psychischer Entartung bietenden Mann treten endogene, tiefe Verstimmungszustände (mit Symptomen des Intestinaltrakts) auf, die zu triebhaften Suizidversuchen (Selbstzerstörungswut wie im Falle III) und zum Wunsche, sich durch Alkohol zu betäuben führen. Nach durchgemachter Alkoholisierung hört mit dem Suizidversuch oder mit voller Trunkenheit und Schlaf die Verstimmungsperiode und somit auch die Trinkperiode dieses echten Dipsomanen auf. Die direkte, manifeste Heredität ist bei diesem Fall von Dipsomanie anscheinend null. Doch zeigt sich eine beiderseitige schwere, identische, indirekte Belastung mit einer Veranlagung zu triebhaftem Suizid, bei dem in der Art der Durchführung eine gewisse Zerstörungswut zutage tritt (einmal mit Kindesmord verbunden), die wir dann in den zahlreichen Suizidversuchen des Patienten wieder finden, dessen Bruder ebenfalls als Selbstmörder endete. Diese Familie von fünf Selbstmördern erweckt den Verdacht, ob nicht doch eine Anlage zu echter Melancholie die tiefere Ursache der periodischen Verstimmungen bei diesem Dipsomanen sein könnte. Die konstitutionelle hypochondrische Verstimmung der Muttersschwester scheint für eine solche Auffassung zu sprechen.

X. Th. H., 48j. nüchterne, brave Frau, fleißig und verträglich, stets sehr empfindsam, Ehe friedlich. Litt schon als Kind sehr an Kopfschmerzen, die sich später prämenstruell mit ein- bis zweitägiger Dauer einstellten. In den letzten Jahren werden die Menses spärlicher (beginnendes Klimakterium). Seit fünf Jahren leidet sie an endogenen Verstimmungen, die sich synchron mit dem Kopfschmerz prämenstruell einstellen. Es überfällt sie eine Bangigkeit und Traurigkeit, Suizidgedanken; eine innere



Unruhe treibe sie auf die Gasse, sie irre planlos bis zum Abend herum, sie sei schlaflos, könne nichts essen. Da fange sie an zu trinken. Auf den Schnaps hin wird ihr etwas besser; sie trinkt weiter, auch gezuckerten Brennspiritus, behält dabei ihre Suizidgedanken. Dieser Trinkanfall dauert 3 bis 8 Tage. Stellte sich anfangs alle paar Monate, jetzt aber beinahe allmonatlich prämenstruell ein. In der Zwischenzeit Abstinenz mit Ekel vor Schnaps.

Großeltern väterlicher- und mütterlicherseits normal, ebenso die Eltern und deren 15 Geschwister (11 der Mutter, 4 des Vaters); nur ein Sohn aus der ersten Ehe des väterlichen Großvaters soll imbezill sein.

Epikrise: Bei einer sonst normalen abstinenten Frau treten im beginnenden Klimakterium prämenstruelle, ängstliche Verstimmungszustände mit Drang zur Alkoholberauschung, gleichzeitig Suizidgedanken auf. Wir werden jedenfalls bedenken müssen, ob wir bei dieser echten Dipsomanen die Verstimmungszustände nicht als Ausdruck einer menstruellen Melancholie im klimakterischen Alter auffassen sollen. Die Familiengeschichte gibt hierfür allerdings gar keine Aufklärung. Es besteht keine manifeste hereditäre, spezifische Belastung. Auch Alkoholismus kommt in ihrer Familie nicht vor.

XI. W. W., 31 j., arbeitsam und geschickt, nüchtern und ruhig, jedoch äußerst weichmütig (hat Lues durchgemacht), kommt durch häuslichen Streit und sonstige äußere Widerwärtigkeiten in einen Zustand ängstlicher Verstimmung mit Schlaflosigkeit; die Angabe, daß er manchmal in solchen Zuständen schwarze Gestalten und Tiere gesehen habe, läßt uns doch an seiner sowohl von ihm als von der Familie (Alkoholiker!) bestätigten Nüchternheit etwas zweifeln, sie dürfte bloß eine relative sein. In diesem Zustand beginnt er zu trinken. Vorerst bringt ihm der Alkohol die gewünschte Beruhigung, da er aber dann weiter trinkt, wird er wieder deprimiert und weinerlich, dann gewalttätig gegen andere und sich selbst; hat in diesen Trinkperioden bisher fünf ernste Selbstmordversuche unternommen und auch Exzesse und Angriffe auf andere Personen. In der Klinik beruhigt er sich immer rasch wieder. - Solche Trinkexzesse dauern zwei Tage und wiederholen sich alle drei Monate jetzt schon seit sechs oder sieben Jahren. — In der Familie ist Potus häufig. Vaters Eltern sind zwar gesund, aber der Vater selbst und drei Brüder desselben sind Potatoren (nur zwei Geschwister normal). Die Mutter des Pat. und ihre zwei Schwestern sind gesund, doch starb der Sohn einer dieser Schwestern in jungen Jahren an Delirium tremens. Der Bruder des Pat. ist ein mäßiger Potator.

Epikrise: Ein arbeitsamer und sonst unauffälliger Mann, den höchstens seine Weichmütigkeit als Psychopathen charakterisiert, kommt durch exogene Ursachen in Verstimmungen, in denen er



auffallend leicht ängstlich gefärbte Halluzinationen hat. Am besten ist es, diesen Fall als periodischen Trinker zu bezeichnen. Dem Alkohol gegenüber, den er dann zu sich nimmt, zeigt er eine abnorme Reaktion insofern, als er im Rausche gewalttätig wird und zum Suizid sich getrieben fühlt. Direkte alkoholische Belastung durch den Vater; die Häufung der Fälle von Alkoholismus in der Familie zeigt, daß die moralische Widerstandskraft aller ihrer Mitglieder keine bedeutende ist. Eine gewisse psychopathische Minderwertigkeit dürfte auch wohl bei diesem Patienten die Ursache sein für seine abnormen Reaktionen auf unangenehme Eindrücke sowohl als auf Alkohol. Für das periodische Auftreten seiner Trunkenheit ist der Zufall des äußeren Anlasses die Ursache. Die Wirkung dieses alkoholischen Milieus ist auch nicht zu unterschätzen.

XII. K. V., 29j. Klaviermacher, arbeitsamer, leicht reizbarer, jähzorniger Mensch, doch meist heiter. Hat ab und zu vorübergehende endogene Verstimmungen, während welcher er angeblich nicht trinkt. Spürt aber, wenn er in Gesellschaft zum Trinken verleitet wird, dann plötzlich den Drang zum Trinken und trinkt unmäßig eine Woche lang. Vor dem Trinkexzeß keine Stimmungsänderung, unter starker Alkoholwirkung jedoch wird er ängstlich, traurig und schlaflos. er trinkt weiter bis ein Exzeß (lief einst nackt auf die Straße) oder eine andere äußere Ursache oder Schlaf die Trinkperiode beendet; nachher noch für einige Tage deprimiert, dann wieder normal arbeitsam und nüchtern. Diese Trinkperioden wiederholen sich seit sechs Jahren einigemal jährlich und dauern ca. 8 Tage. Im Rausch Bettnässen, nie ein Epi-Anfall.

Vaters Vater war Potator und starb im Rausche, Großmutter normal, Vater Potator strenuus, Mutter mäßige Trinkerin, Mutters Schwester Potatrix. Pat. hat keine Geschwister. Jetzt ist Pat. Guttempler geworden und seit Jahr und Tag abstinent.

Epikrise: Leicht psychopathisch veranlagter Mann, der zwar manchmal an endogenen Verstimmungen leidet, wird aber nicht durch diese, sondern durch gesellschaftliche Gelegenheiten zum Trinken verleitet. Für das periodische Auftreten seiner Trunkenheit ist also hier bloß der Zufall des äußeren Anlasses die Ursache. Erst unter mäßiger Alkoholwirkung tritt der Drang zum unmäßigen Alkoholgenuß auf. Dieser Pseudodipsomane zeigt eine doppelseitige, schwere direkte Belastung mit Alkohol. Ein anderes belastendes Moment war in der Familie nicht zu eruieren.

XIII. F. L., 49j. Installateur, über dessen Charakter von früher her nichts Sicheres sich eruieren ließ, der jedoch chronisch mäßig trank,



trinkt in den letzten Jahren periodenweise unmäßig. Diese Trinkexzesse dauern ungefähr eine Woche und werden gewöhnlich durch einen äußeren Anlaß hervorgerufen. Unter Alkoholwirkung kommt er in eine ängstliche Verstimmung, trinkt weiter, halluziniert, wird rabiat; der Zustand endet mit einem Exzeß, der seine Internierung zur Folge hat, oder mit tiefem Schlaf. Danach Pause von bloß drei Wochen.

Die Familie zeigt folgende belastende Momente: Vater des Pat. gesund. Die Mutter des Pat. und eine Schwester derselben waren Säuferinnen. Ein Bruder des Pat. starb mit Paranoia in der Irrenanstalt, dessen Tochter ist dauernd „gemütskrank". Die Tochter des Pat. litt ein Jahr lang an hysterischer Lähmung der Beine, ein Sohn neurasthenisch, ein Sohn gesund; allerdings wird auch die Frau des Pat. als nervös bezeichnet.

Epikrise: Nicht genügend aufgeklärter Fall eines periodischen Trinkers mit rasch sich wiederholenden Trinkphasen; wurde hier trotzdem angeführt wegen der „Paranoia" des Bruders, einer Psychose, die in unseren übrigen Anamnesen nicht oft wiederkehrt. Ob es sich um eine Alkoholparanoia gehandelt hat, konnte nicht eruiert werden. Außerdem direkte, alkoholische Belastung.

XIV. J. S., 33j. Buchhalter, arbeitsam, sehr mäßig in Alkohol, verträglich, begann vor sieben Jahren nach einem heftigen psychischen Trauma zu trinken. Versuchte sich zurückzuhalten, doch genügte seither der geringste verstimmende Anlaß, um in ihm die Begierde nach Alkohol wachzurufen; konnte diesem imperativen Drange dann nicht mehr widerstehen, trank alles durcheinander, auch Brennspiritus, um sich zu betäuben. Trinkanfall dauerte ein bis zwei Tage, endete mit tiefem Schlaf. Intervalle von bloß zwei bis drei Wochen. Zuletzt wurden die Intervalle immer kürzer. Der Zustand dauerte drei Jahre. Dann gelang es ihm mit Hilfe seiner Frau vollständig abstinent zu werden; seitdem ist er seit vier Jahren vollkommen geheilt. — Die Mutter des Pat. ist psychisch normal und aus gesunder Familie. Vaters Vater war normal, Vaters Mutter aber war eine Potatrix. Vaters Schwester beging Suizid aus Gram über pekuniären Verlust. Vaters Brüder normal und ordentlich, ein Sohn eines dieser Brüder ist ein leichtsinniger Schuldenmacher. Der Vater selbst war ein immer heiterer und leichtsinniger Potator strenuus, der sein ganzes Vermögen verpraßte. Die Kinder des Pat. sind gesund, eines derselben litt an Pavor nocturnus.

Epikrise: Ein sonst nüchterner und keine psychischen Abnormitäten aufweisender Mann wurde durch ein heftiges psychisches Trauma zum leichten chronischen Alkoholiker, in diesem Zustand genügten geringste äußere Anlässe, um ihn in schwere Trinkexzesse zu stürzen, so daß er das Bild eines periodischen Trinkers bot. Auf vollkommene Abstinenz hin hörte diese Labilität wieder auf, und er macht



wieder einen normalen Eindruck. Es wäre denkbar, daß eine latente, psychopathische Anlage hier durch den chronischen Alkoholismus manifest geworden wäre. Die Familiengeschichte spricht in diesem Sinne: Großmutter und Vater sind Trinker gewesen, Tante endete durch Suizid.

XV. F. Sch., 31j. Schlosser, arbeitsam und ordentlich, nüchtern, doch sehr empfindsam, kommt durch äußere Veranlassungen leicht in einen tiefen Verstimmungszustand. Vor 9 Jahren nach dem Vermögensverlust seines Vaters kam er zum erstenmal zum Trinken und spürte durch die Alkoholwirkung eine Erleichterung. Vor 6 Jahren wurde er aber erst ein periodischer Trinker. Er leidet nicht an endogenen Verstimmungen, es ist immer ein äußerer Anlaß vorhanden, der ihn in eine arge Mißstimmung versetzt, da wird er erregt, ängstlich, freudlos zur Arbeit, schlaflos, oder er wird von wilden Träumen geplagt; er beginnt zu trinken und fährt planlos Tage hindurch herum, immer weiter trinkend, bis ihm schließlich der Alkohol wirklich Erleichterung verschafft; wenn nun die Verstimmung vorbei ist, hält die Trinkbegierde dennoch weiter an, er verkauft alles, um sich Alkohol zu verschaffen, und setzt das Trinken fort, bis ein Exzeß oder ein tiefer Schlaf dem Zustand ein Ende bereitet. Solche Trinkperioden treten alle zwei bis drei Monate auf und dauern 14 Tage. Jetzt gehört er einem Temperenzlerverein an, ist seit über ein Jahr abstinent und fühlt sich glücklich.

Mutters Eltern waren gesund, Mutter selbst gesund, hatte 17 Geschwister, die sämtlich in jungen Jahren gestorben sind. Vaters Eltern gesund und angesehen. Ein Stiefbruder des Vaters Potator und wiederholt eingesperrt; ein wirklicher Bruder des Vaters Potator und leichtsinnig, eine Schwester zänkisch, übrige drei Geschwister des Vaters normal; der Vater selbst ist im späteren Alter Potator geworden; ein Bruder des Pat. starb an Meningitis tbc., die Schwester ist normal.

Epikrise: Ein sonst nüchterner und arbeitsamer junger Mensch, dessen psychopathische Anlage sich bloß darin äußert, daß er auf die kleinen Widerwärtigkeiten des Lebens mit abnorm tiefen Verstimmungen reagiert, sucht bei solchen Gelegenheiten Trost in der Betäubung durch Alkohol, doch benimmt ihm der Alkohol seine ganze Widerstandskraft, und er trinkt dann unmäßig weiter. Dieser periodische Trinker, den man als Pseudodipsomanen bezeichnen könnte, hat mehrere Verwandte, die Unverträglichkeit und Leichtsinn aufweisen, die den einen sogar wiederholt mit dem Gesetz in Konflikt gebracht haben. Die Widerstandskraft gegen die Versuchung des Alkohols ist bei denselben eine sehr geringe, auch der Vater wurde später Potator. Sonst finden sich keine auffallende Defekte oder



psychische Erkrankungen in dieser Familie. Für das periodische Auftreten seiner Trunkenheit ist der Zufall des äußeren Anlasses die Ursache.

XVI. Fr. P., 36j. Amtsdiener, arbeitsam, gutmütig, leichter chronischer Alkoholabusus. Seit einem Sturz vom Fahrrad im 16. Lebensjahr mit Schädeltrauma und Bewußtlosigkeit leidet er an endogenen Verstimmungszuständen mit Angst, Mattigkeit, Kopfschmerz und Drang zum Trinken; manchmal gleichzeitig Lebensüberdruß. Auch exogene Ursachen können solche Verstimmungen mit Drang zum Alkohol auslösen. Er ist alkoholintolerant, schon nach dem ersten viertel Liter Wein ist er berauscht; im Rausch rabiat und gefährlich. Solche periodische Trinkexzesse gehen bis in sein 18. Lebensjahr zurück; Dauer ein Tag, selten mehr. Verstimmungszustände alle zwei bis drei Wochen. In diesen Zuständen trinke er, bis er bewußtlos liegen bleibe; es besteht dann gewöhnlich Amnesie für die ganze Zeit seit Beginn des Trinkexzesses. Epi-Anfälle oder Äquivalente in der Form von Schwindel u. a. m. haben nie bestanden.

Alle Familienmitglieder gesund und normal bis auf den Großvater väterlicherseits, der Potator strenuus war.

Epikrise: Bei einem vorher scheinbar normalen 18jährigen Burschen treten wahrscheinlich als Folge einer 2 Jahre vorher erlittenen Hirnerschütterung periodische, endogene Verstimmungszustände mit Drang zum Trunke auf, die nun seit 18 Jahren bestehen. Die rasch aufeinanderfolgenden Trinkexzesse mit den bloß kurzen Intervallen, während welcher doch keine Abstinenz zu bestehen scheint, rufen den Eindruck hervor, daß es sich hier vielleicht eher um periodische Trinkexzesse bei einem chronischen Alkoholiker als um wirkliche Dipsomanie handelt. Jedenfalls ist aber die periodische Trunksucht ein Ausdruck seiner endogenen periodischen Verstimmungen, die sich wahrscheinlich auf traumatisch erworbener neuropathischer Grundlage entwickelt haben, ohne manifeste Zeichen von Epilepsie; der Alkoholismus des Großvaters mag hier eine prädisponierende Rolle gespielt haben.

XVII. A. V., 37j. Oberrechnungsführer, arbeitsam, in gewissem Grade Alkoholgenuß zugestanden, soll bis zum 20. Lebensjahr vollkommen gesund gewesen sein. Damals soll er eine „Hirnhautentzündung“ durchgemacht haben. Seit dieser Zeit leidet er zwei- bis dreimal im Jahre an Anfällen von Bewußtlosigkeit oder von bloßer Verwirrtheit; ob die ersteren echte Epi-Anfälle, letztere eventl. petit mal-absencen sind, ist nicht mit Sicherheit zu erforschen. Außerdem leidet er unabhängig davon (auch zu Zeiten, da er vollkommen abstinent ist) an endogenen Verstimmungszuständen, die sich alle drei Monate einstellen mit Ängstlichkeit, Beach-



tungsideen und quälender Schlaflosigkeit. Gegen letztere trinkt er dann unmäßig; im Rausch begeht er oft allerlei Unsinn, kontrahiert Schulden; häufig Tobsuchtsanfall, einmal Suizidversuch im Rausch. Kein Epi-Anfall unter Alkoholwirkung. Dauer der Trinkperiode ein bis zwei Tage. Kehrt dann zur Arbeit zurück.

Die Familienanamnese besagt: Vater († an Diabetes) war ebenso wie die Mutter geistig normal, von den drei Geschwistern des Pat. sind zwei Brüder Potatoren, einer normal; das Kind des Pat. leidet an zerebraler Kinderlähmung.

Epikrise: Ein früher normaler und jetzt noch arbeitsamer, aber doch einen geringen Grad chronischen Alkoholismus aufweisender Mann leidet infolge überstandener Meningitis auf Grundlage dieser erworbenen neuropathischen Anlage einerseits an epileptoiden Anfällen, andererseits an endogenen ängstlichen Verstimmungen, in denen er unmäßig trinkt. Es ist Geschmacksache ob man ihn bloß als periodischen Trinker oder als Dipsomanen bezeichnen will. Potus ist familiär und spielt hier als Milieu eine große Rolle, doch findet sich kein belastendes hereditäres Moment in der Aszendenz, so daß wir bei der geringen Charakterschwäche, die familiär aus dem Hang zum Alkohol zu erschließen ist, seine dipsomane Erkrankung wie im vorigen Falle auf Rechnung der erworbenen (epileptoiden?) Anlage stellen werden.

XVIII. A. Sz., 45j. Arbeiter, fleißig, Alkoholverbrauch angeblich innerhalb normaler Grenzen, vorher ohne psychische Auffälligkeit, erlitt 1905 ein Kopftrauma mit 6 Stunden andauernder Bewußtlosigkeit; seither ab und zu Schwindelanfälle von einigen Sekunden Dauer. Seit 1906 unmotivierte endogene Angstgefühle mit akustischen Halluzinationen und trauriger Verstimmung. Anfangs räsonniert er gegen die Halluzinationen, bei Steigerung der Angst beginnt er jedoch zu trinken; im Rausche steigert sich jedoch die Angst, es treten auch optische Halluzinationen hinzu, er wird gewalttätig, um sich zu wehren, oder läuft auf die Polizei um Schutz. Solche Angstzustände wiederholen sich alle halbe Jahre. Diese Angstanfälle mit Halluzinationen treten auch dann auf, wenn er ein ganzes Jahr abstinent war. (Daß aber die akust. Halluzinationen doch vielleicht alkoholischen Ursprungs sein könnten, erscheint mir recht wahrscheinlich.) In diesen Angstanfällen sucht er, um sich vor dem Trinken zu schützen, die Klinik wiederholt auf, wo er dann 5 bis 6 Tage verbleibt, um dann ruhig wieder seinem Erwerb nachzugehen. Diese periodischen Trinkexzesse dauerten acht Jahre. Derzeit seit zwei Jahren Guttempler, vollkommen abstinent, leidet noch an Angstanfällen, doch seltener; Halluzinationen bestehen scheinbar nicht mehr!



Die Familie ist normal. Eltern und Elterngeschwister und deren Kinder ohne psychische Abnormität, drei Geschwister des Pat. an Tbc. gestorben, eine Schwester und deren drei Kinder gesund.

Epikrise: Ein früher gesunder, doch nicht abstinenter Mann erleidet in seinem 37. Jahr ein schweres Kopftrauma mit Kommotio, worauf er neben sporadischen Schwindelanfällen periodische, endogene Verstimmungszustände bekommt, in denen er, um die Angst zu bekämpfen, trinkt. Diese erworbene neuropathische (epileptoide?) Anlage ist die Grundlage für die Entwicklung der periodischen Trunksucht; in der Familie findet sich kein Anhaltspunkt für die Annahme einer krankhaften Veranlagung.

XIX. K. H., 33j. Goldarbeiter, tüchtig in seinem Berufe, vorher ohne psychische Auffälligkeiten, Alkoholgenuß vorher und jetzt in normalen Grenzen. Erlitt im 17. Lebensjahr ein Kopftrauma mit Bewußtlosigkeit. Seither weist er sporadische epileptische Anfälle und eine sichtliche Charakterveränderung auf. Er ist verschlossen und reizbar geworden. Er leidet seither zeitweise, a) an häufigen endogenen Verstimmungszuständen, die mit Kopfschmerz, Ängstlichkeit, innerer Unruhe, Schlaflosigkeit und Lebensüberdruß einhergehen, die wiederholt schon bei ihm zu ernsten Suizidversuchen geführt haben; eine Bewußtseinstrübung besteht während solcher Zustände nicht; b) an exogenen, durch ganz geringe äußere Ursachen hervorgerufenen Verstimmungszuständen, in denen er brutal und gewalttätig wird; solche Verstimmungen können auch in Lebensüberdruß und Suizidversuchen ihr Ende finden (ohne Bewußtseinstrübung); c) an primären tiefen Verstimmungen, die nach ein bis zwei Tagen in Verworrenheit mit Halluzinationen übergehen und mit einem Tobsuchtsanfall enden, wobei dann nachher Amnesie für diese ganze Zeit besteht — solche Zustände sind wohl als epileptische Äquivalente aufzufassen —; d) an ebensolchen Depressions- und Verworrenheitszuständen, die mit einem regelrechten epileptischen Krampfanfall enden und dadurch ihre Natur als epil. Aura dokumentieren. Solche Zustände können auch ohne besondere Steigerung der Alkoholzufuhr sich abspielen; für gewöhnlich greift der Pat. in seinen Verstimmungszuständen zum Bier und Schnaps, versetzt alles, was er an sich hat, um zu trinken, bis ein Suizidversuch, Tobsuchts- oder epileptischer Anfall der Trinkperiode ein Ende setzt. Dann ist er monatelang ziemlich abstinent, manchmal auch ganz abstinent, bis wieder eine endogene Verstimmung über ihn kommt; dann widersteht er zwei bis drei Tage der Versuchung, nachher aber nicht mehr. Ein- bis zweimal jährlich hat er diese Trinkperioden, die ihn über 15 mal in die Klinik geführt haben.

Die Familienanamnese lautet: Der Vater des Pat. war Potator, ein Bruder des Vaters ist verschollen, soll durch Suizid geendet haben; der andere Bruder zeigt keine psychische Auffälligkeiten; Mutters Vater ge-



sund, Mutters Mutter soll in einer Irrenanstalt gestorben sein (näheres nicht zu eruieren); die Mutter selbst leidet an Migräne; Mutters Bruder Potator strenuus, war wiederholt deswegen in Irrenanstalten; der zweite Bruder der Mutter soll in der Irrenanstalt an progr. Paralyse gestorben sein. Von den elf Geschwistern des Pat. sind vier früh gestorben, sieben sind weiters unauffällig bis auf ihren Jähzorn und ihre Reizbarkeit. Pat. hat eine gesunde Frau geheiratet, sein ältestes Kind ist schwachsinnig, das zweite starb früh, angeblich an Hirnschlag (?), drei weitere, noch ganz jung, sind gesund; keine Anzeichen von Epi. bisher.

Epikrise: Ein vorher scheinbar Gesunder erkrankt an traumatischer Epilepsie, in deren Folge Verstimmungszustände periodisch auftreten, die bald als endogene, bald als reaktive, andere Male wieder als epileptische Äquivalente aufzufassen sind, da sie oft auch mit einem Krampfanfall enden. In diesen Zuständen trinkt der Patient unmäßig. Die Belastung ist eine schwere direkte und doppelseitige. Potus des Vaters und Suizid des väterlichen Onkels; Migräne der Mutter und Geisteskrankheit der mütterlichen Großmutter und Potus im Hause der Mutter; diese Belastung hat wohl eine gewisse psychopathische Minderwertigkeit der Nachkommenschaft zur Folge, die sich jedoch auf leichte Charakterdefekte der Kinder beschränkt. Wir müssen daher wohl in der traumatisch erworbenen Epilepsie des Patienten die Anlage für die Entwicklung einer periodischen Trunksucht erblicken; eine Anlage zu der Epi. mag man vielleicht in der Migräne der Mutter finden; auch die Anfälle des Patienten sind von heftigem Kopfschmerz eingeleitet. Ob man nun diese periodische Trunksucht als Dipsomanie auffassen will oder als reine Epilepsie mit Alkoholismus und periodischen Exazerbationen, ist nicht absolut zu entscheiden.

XX. V. K., 43j. Verschleißer, arbeitsam, jedoch schwacher und reizbarer Charakter; litt als Kind an Fraisen und soll dann weiter bis zum 7. Lebensjahr an Anfällen von Bewußtlosigkeit gelitten haben. Seither haben sich nie mehr die Anfälle wiederholt, auch keine Schwindelanfälle. Er trinkt für gewöhnlich mäßig Alkohol, zeitweise ist er wochenlang abstinent. Leidet an endogenen Verstimmungen und hat im Laufe der Jahre wiederholt in diesen Zeiten Suizidversuche gemacht; er wird aufgeregt, ängstlich, hat „Kopfkongestionen" und ist schlaflos. Dieser Zustand kann in paar Tagen vergehen, andremale dauert er einige Wochen. Gegen das Angstgefühl beginnt er zu trinken; er hat nicht einen primären Drang zum Alkohol; er verträgt nicht viel, sei rasch betrunken. Diese relative Alkoholintoleranz kommt auch darin zum Ausdruck, daß er, wenn er etwas mehr Alkohol zu sich genommen hat, leicht halluziniert. Die



Depression nimmt manchmal auch im Rausch zu, und einige seiner Suizidversuche sind im Rausche begangen worden. Diese Trinkexzesse wiederholen sich zwei bis dreimal jährlich. Ab und zu ist ein Ärger oder gesellschaftliche Verführung auch die Ursache zu einem solchen Exzeß. Auch unter Alkoholwirkung keine Anzeichen von Epilepsie.

Über die Familie ist uns bekannt geworden, daß der Vater (Bierversilberer) Potator war, die Mutter war zeitlebens eine aufgeregte Person, jetzt ist sie seit ihrem 74 Jahre senil dement, doch ohne Wahnbildung. Die beiden Schwestern des Pat. sind geistig unauffällig, von den beiden Brüdern ist der eine ein Potator, der andere charakterologisch abnorm, er wechselt Stellung und Aufenthalt alle paar Monate.

Epikrise: Ein in der Jugend an Epilepsie krank gewesener Mann leidet an endogenen Verstimmungen, in welchen er ohne besonderen Drang zum Alkohol, doch um die lästige Angst los zu werden, trinkt; er ist alkoholintolerant und deliriert darauf leicht, was wiederholt zu seiner Internierung führt. Er ist durch den chronischen Alkoholismus des Vaters belastet, der wahrscheinlich die blastophthore Ursache der an Poriomanie erinnernden Unstetigkeit des einen Bruders und der jugendlichen Epilepsie beim Patienten ist. In letzterer ist wahrscheinlich die Grundlage für die periodischen endogenen Verstimmungen zu suchen, die die Veranlassung zu den Ekzessen dieses periodischen Trinkers geben. Der hier fehlende impulsive Drang zum Alkohol, der durch eine auf Basis der Verstimmung gelegentliche Steigerung der gewöhnlichen Alkoholdosis ersetzt wird, macht die Diagnose einer wirklichen Dipsomanie in diesem Falle zweifelhaft.

XXI. J. L., 53j. Schriftsetzer, fleißiger, tüchtiger Arbeiter, stiller, in sich gekehrter, weichmütiger Mensch. Hat einmal eine Bleikolik durchgemacht; diese Vergiftung hatte dann keine weiteren Folgen; nie epileptische Anfälle. Hat seit seiner Jugend ein starkes Durstgefühl, so daß er in normalen Zeiten durchschnittlich 5 l Wasser täglich trinkt. Leidet an zeitweisen Verstimmungen, die auf sehr geringfügige Ursachen sich einstellen, seltener auch rein endogen sind. Während dieser ist er unruhig, weinerlich, traut sich nicht nach Hause, ängstlich, glaubt, die Leute beobachten ihn. Solche Zustände haben sich erst in den letzten fünf Jahren eingestellt. Suizidgedanken stellen sich nicht ein. In diesen Zuständen steigert sich sein ohnehin bestehender Durst ungeheuer, er trinkt zunächst Wasser, dann aber auch Wein. Er trinkt und irrt umher, im Rausche Selbstanklagen oder auch Wutausbrüche und verzweifelte Stimmung sowie abortive Halluzinationen, glaubt, er sei beim Namen gerufen worden, hört lispeln. Die Verstimmung überdauert den Rausch, und es dauert zwei



bis drei Wochen, wenn er in der Klinik ist, bis er wieder zu seinem Berufe zurückkehren kann.

Die Familienanamnese ergibt: Vater früh an Tbc. gestorben; Mutter starb an Karzinom, war in den letzten Monaten vor dem Tode psychotisch (Ka.-Kachexie?). Ein Bruder der Mutter ist äußerst reizbar und jähzornig; der andere Bruder der Mutter litt an Epilepsie und starb in einem Anfall erfroren im Walde; Mutters Schwester starb gelähmt (Apoplexie?). Zwei Geschwister des Pat. starben in früher Jugend. Von den zehn Kindern des Pat. leben drei gesund, sieben sind im zarten Alter an verschiedenen Krankheiten gestorben. Für Lues kein Anhaltspunkt.

Epikrise: Ein gemütlich stets labiler nüchterner Mensch kommt durch geringfügige äußere Anlässe in tiefe Depressionen, in denen sein schon habituell permanent bestehendes Durstgefühl sich derart steigert, daß er literweise Wasser und dann auch Alkohol trinkt. Eine pathologische Alkoholreaktion zeigt sich in seinen Verzweiflungs- und Wutausbrüchen im Rausch und in seinen trunkfälligen Halluzinationen. Ein wirklich triebhafter Drang zum Alkohol besteht nicht, und man könnte zweifeln, ob man diesen periodischen Trinker zu den Dipsomanen rechnen soll. Das Überdauern der Verstimmung (2—3 Wochen) über den Rausch hinaus läßt auch die Frage berechtigt erscheinen, ob wir es hier bloß mit tiefen, exogenen Depressionen eines Psychopathen und nicht etwa mit nur scheinbar exogenen, aber tatsächlich endogenen Verstimmungen auf Grundlage einer Melancholie des Rückbildungsalters zu tun haben. Die Familienanamnese bringt hierzu ein neues Verdachtsmoment: da ein Oheim an Epilepsie gelitten hat, könnte diese Veranlagung eventuell auch auf den Patienten übergegangen sein und die Ursache der Depression abgeben. Alkoholismus kommt sonst in der Familie nicht vor.

XXII. J. H., 27j. Hilfsarbeiter; als Kind schon geistig minderwertig, aufgeregt, unbeständig, abwechselnd heiter und traurig, im allgemeinen gutmütig, ist er in den wesentlichen Zügen bis jetzt derselbe geblieben. Mäßiger Alkoholgenuß. Leidet an Depressionen, die anscheinend z. T. endogen sind, da Pat. sie aufs Mondviertel bezieht, z. T. auf äußere geringe Anlässe hin auftreten, bei denen er Angstzustände hat und auch mitten in der Nacht aufsteht, um gegen die Angst zum Alkohol zu greifen. Seit dem 19. Lebensjahr hat er zeitweise diese Depressionen mit der Sucht nach Alkohol; sie dauern einige Tage, während welcher er trinkt und nicht arbeitsfähig ist, und kehren alle zwei Monate und auch öfters wieder. Wenn er trotz der Angst nicht trinkt, so dauert dieselbe angeblich acht Tage. Nach einigen Viertel Weins weiß er nicht mehr, was er anstellt, soll einmal einen Suizidversuch gemacht haben, andermal rabiat und



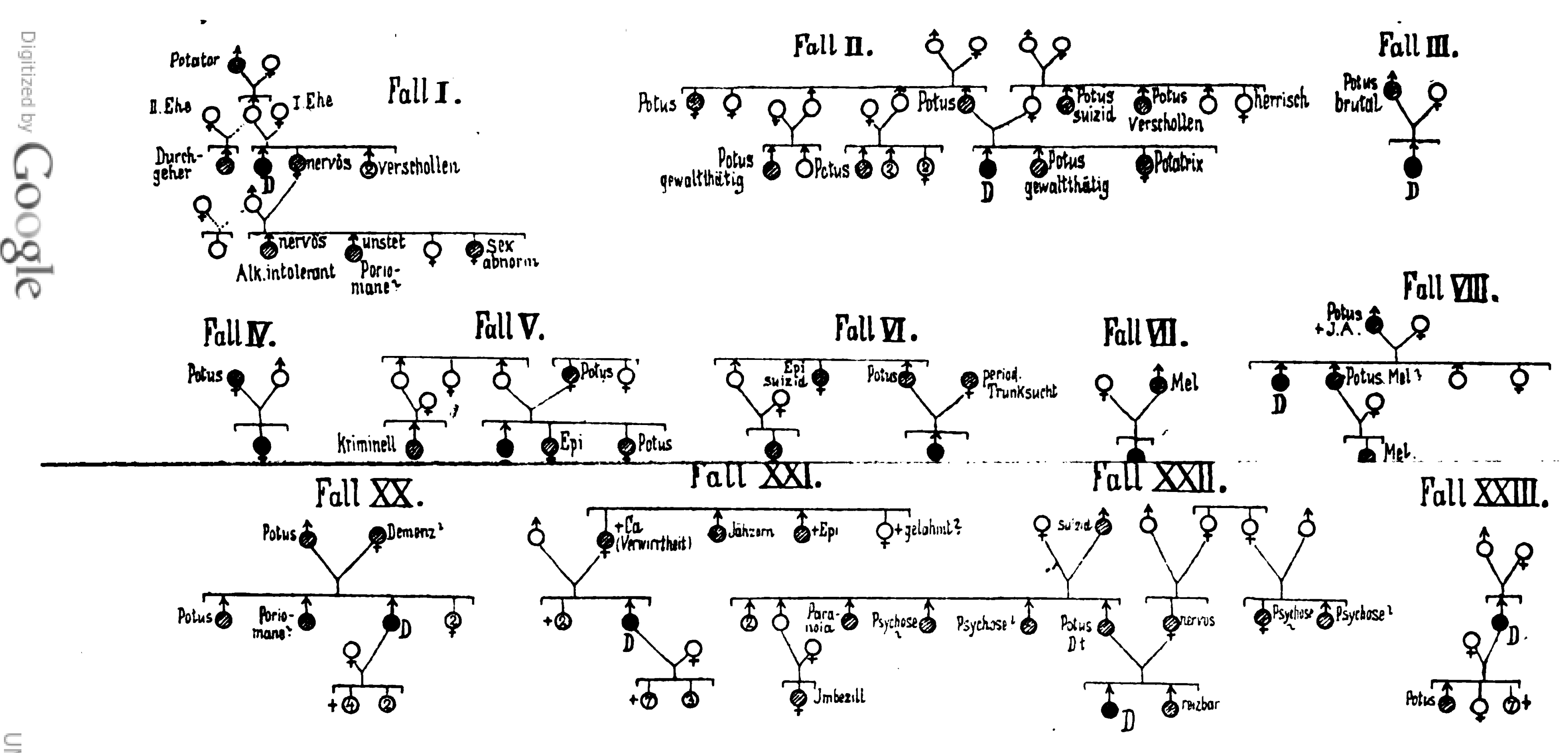
aggressiv gewesen sein, manchmal stürze er bewußtlos zusammen, habe allgemeine Krämpfe und Schaum vor dem Munde. Einige Tage nach einem solchen Exzeß, während welcher er noch zum Teil betäubt, zum Teil deprimiert ist, kommt er wieder in seine normale Stimmung und geht an die Arbeit.

Die Umschau in der Familie des Pat. zeigt uns einen Vater, der chronischer Alkoholiker ist, täglich einen Rausch hat, einmal ein Del. tr. durchgemacht hat und an trunkfälligen Halluzinationen leidet. Vaters Vater beging wegen schlechten Geschäftsgangs Suizid. Vaters Bruder ist mit Paranoia behaftet in der Irrenanstalt, zwei andere Brüder des Vaters sollen auch in der Irrenanstalt gewesen sein (nähere Angaben nicht eruierbar); die drei anderen Brüder sind gesund, einer von ihnen hat ein schwachsinniges Kind. Die Mutter unseres Pat. ist nervös, ein Stiefbruder von ihr soll in einem Tobsuchtsanfall gestorben sein, eine Stiefschwester von ihr war Potatrix und wies angeblich dipsomane Züge auf (?). Pat. hat bloß einen Bruder, der sehr talentiert, aber nervös und reizbar ist; letzterer ist abstinent.

Epikrise: Ein aus schwer belasteter Familie stammender, schon als Kind mit psychopathischen Zügen behafteter Mann leidet an endogenen und exogenen Depressionszuständen, in denen er gegen die Angst trinkt; es könnte sich um Depressionszustände bei einem Psychopathen handeln; im Rausche kommt es zu exzessiven Handlungen und zu epileptischen Anfällen. Ob dies eine reine Alkoholepilepsie ist, oder ob hier eine epileptische Anlage als Folge des chronischen Alkoholismus des Vaters im Rausche erst manifest wird, läßt sich nicht entscheiden; Epilepsie kommt zwar sonst in der Verwandtschaft nicht vor; doch läßt sich trotzdem die Möglichkeit nicht von der Hand weisen, daß die psychopathische Anlage in diesem Falle eine epileptische sein könnte. Ob die periodische Trunksucht in diesem Falle als echte Dipsomanie aufzufassen, ist bei dem chronischen Alkoholismus des Patienten wohl auch eine strittige Frage. — Auffallend ist die schwere Belastung von seiten des Vaters, wo Fälle von Paranoia und Suizid vorkommen.

XXIII. E. S., 61j. Pfründner, früher arbeitsam und ordentlich gewesen, war kein Potator, psychisch ohne Auffälligkeit. Seit sechs Jahren leidet er an endogenen Verstimmungen, die mit Depression, Verzweiflung über seinen Mißerfolg im ganzen Leben und Suizidgedanken einhergehen. Er selbst behauptet, daß diese Verstimmungen nur auf Ärger hin auftreten; doch sagt die Umgebung aus, daß seine Ideen von Not und Verzweiflung ohne äußeren Anlaß über ihn kommen. Solche Zustände treten drei- bis viermal jährlich auf und dauern ein paar Wochen; während





Familientafel der Dipsomanen.

Die Dipsomanen sind die ganz schwarzen und mit D bezeichneten Kreise. Die Verwandten, die irgendwelche psych. Abnormitäten aufweisen, sind durch die gestrichelten Kreise dargestellt. Auf die Altersreihenfolge der Geschwister wurde bei dieser Darstellung keine Rücksicht genommen.

C. Economo,
Familiäre Verhältnisse der Dipsomanie

dieser Zeit trinke er wahl- und maßlos. Er selbst sagt, er trinke dann nicht aus innerem Drang und nicht um sich zu betäuben, sondern um sich zu vergiften, er trinke auch Spiritus usw.; sonst ist er nüchtern.

Die Familienanamnese besagt, daß die Eltern und Geschwister psychisch nicht auffällig waren. Er hat neun Kinder gehabt, wovon sieben früh gestorben sind, von den überlebenden ist der Sohn Potator, die Tochter normal.

Epikrise: Bei einem früher normalen und nüchternen Mann treten mit dem 56. Lebensjahre Depressionszustände auf mit Suizidgedanken, die ein paar Wochen dauern, und in denen er trinkt. Der Gedanke ist naheliegend mit Rücksicht auf das Alter des Patienten, daß es sich hier um einen leichten Grad einer Melancholie handelt, die im Rückbildungsalter zum ersten Male auftritt und periodische Depressionsphasen hervorruft, die den Patienten zum trinken verleiten und so aus ihm, der sonst nüchtern ist, einen periodischen Trinker machen. —

Zur besseren Übersicht der Fälle haben wir sie mit ihren charakteristischen Zügen auf die folgende Tabelle aufgetragen und auf vorstehender Tafel die Hereditätsverhältnisse der einzelnen Fälle bildlich übersichtlich dargestellt; auf dieser Tafel bedeuten die schwarzen vollen Kreise den Probanden, d. h. den periodisch trunksüchtigen Patienten, die gestrichelten Kreise die pathologischen, die weißen Kreise die geistig normalen Familienmitglieder.

Bevor wir nun auf die Besprechung des Hereditätsverhältnisses der Fälle eingehen, wollen wir noch einige allgemeine Betrachtungen über dieselben hier anschließen. Wenn uns in diesen 23 Fällen von periodisch auftretender Trunksucht die Erwägung der Diagnose „Dipsomanie" berechtigt scheint, so meinen wir damit nicht, daß jeder Psychiater jeden einzelnen dieser Fälle als einen Dipsomanen bezeichnen müsse. Im Gegenteil, wir wissen es genau, daß der eine diesen und der andere einen anderen Fall ausschließen würde. Wir selbst haben ja in der Epikrise der einzelnen Fälle an der Berechtigung der Diagnose Dipsomanie in einigen Fällen unsere Bedenken geäußert, die andere Psychiater hinwiederum vielleicht nicht gehabt hätten. Schließt man, wie wir es hier getan haben, bei Betrachtung episodisch Alkoholkranker die reinen Gelegenheitstrinker und jene chronischen Alkoholiker aus, die ab und zu mal ein Exzeß auf das

Patient	Habitueller Zustand	Alkoholreaktion	Einleitung der einzelnen Trinkexzesse	Sonstige auffallende Begleiterscheinungen der Einleitungsphase	Psychischer Erkrankungszustand des Patienten selbst	Direkte hereditäre Belastung durch Trunksucht	Chronischer Alkoholismus sonst in der Familie	Psychische Erkrankungen in der Familie
I	arbeitsam, abstinent	Alk.-Intoleranz. Alk. ruft Ängstlichkeit hervor	endogene und auch exogene Verstimmungen und gelegentliche Verführung	—	gesteigerte Affektibilität. Psychopath	Großvater	—	mehrere Mitglieder weisen psychopathische Züge auf (Poriomanie)
II	arbeitsam, leichter chron. Alk., zeitweise abstinent	trunkfällige Delirien und Halluzinationen	exogene Verstimmungen	—	gesteigerte Affektibilität. Psychopath	Vater	mehrere Potatoren	mehrere Mitglieder sind charakterologisch abnorm
III	arbeitsam, mäßiger Alk.-Genuß. Zeitweise abstinent	trunkfällige Delirien	endogene Verstimmungen	Suizidgedanken, triebhafter Drang zum Trinken	period. verstimmter Psychopath (?) (period. Mel.?)	Vater	—	—
IV ♀	ordentlich, meist abstinent	zweimal unter Alk.-Wirkung epileptoider Anfall	—	primärer (?), triebhafter Drang zum Trinken	period. triebhafte Psychopathin (?), larvierte Epilepsie (?)	Mutter	—	—
V	arbeitsam, mäßiger Alk.-Genuß	unter Alk.-Wirkung Dämmerzustand mit Amnesie	endogene (manchmal auch exogene) Verstimmungen	auffallendes Durstgefühl und triebhafter Drang zum Trinken und Herumvagieren	Nachtwandeln, Schwindelanfälle, Psychopath (?) auf epileptischer Grundlage (?)	Mutter	Schwester Potatrix	Vetter väterlicherseits charakterologisch abnorm. Mutter nervös, Schwester Epi.
VI	?, mäßiger Alk.-Genuß	trunkfällige Halluzinationen	endogene Verstimmung, doch nicht immer; manchmal Epi-Anfall	primärer, triebhafter Drang zum Trinken	traumatische (?) Epilepsie	Mutter periodische Trinkerin, Vater Potator	—	Suizid, Schwester Epi.
VII ♀	arbeitsam, mäßiger chron. Alk.-Genuß, zeitweise abstinent (?)	—	endogene, prämenstruelle Verstimmung	—	period. prämenstruelle Melancholie?	—	—	Vater Melancholie
VIII	arbeitsam, meist abstinent	trunkfällige Halluzinationen	endogene und exogene Verstimmungen	auffallendes Durstgefühl und triebhafter Drang zum Trinken, Magenstörung (Erbrechen)	Labilität des Gemütszustandes (period. Melancholie?)	Vater	Bruder Potator	Bruder (?) u. Bruders Tochter Melancholie
IX	arbeitsam, meist abstinent	—	endogene (manchmal auch exogene) Verstimmungen	Suiziddrang, triebhafter Drang zum Trinken und Herumvagieren	period. Melancholie?	—	—	mehrere Suizide in väterlicher und in mütterlicher Familie (Melancholie?)

X ♀	ordentlich, abstinent	—	endogene, menstruelle Verstimmungen	triebhaftes Herumvagieren	prämenstruelle per. Melancholie?	—	—	—
XI	arbeitsam, mäßiger(?) Alk.-Genuß	unter Alk.-Wirkung gewalttätig u.Suiziddrang	exogene Verstimmungen	Halluzinationen, impulsive Suizidversuche	Lues peracta, gesteigerte Affektibilität, Psychopath	Vater	väterlicher- und mütterlicherseits Potatoren	—
XII	arbeitsam, mäßiger Alk.-Genuß	geringe Alk.-Menge führt zu impulsivem Trinken, im Rausch exzessiv	gesellige Verführung zum Trinken	—	reizbarer Psychopath	Großvater, Vater, Mutter	Mutters Schwester Potatrix	—
XIII	?, mäßiger chronischer Alk.-Genuß	trunkfällig, Halluzinationen u. Gewalttätigkeit	äußere Veranlassung	—	Psychopath (?)	Mutter	Mutters Schwester	Paranoia, hysterische Lähmung
XIV	arbeitsam, mäßiger Alk.-Genuß	—	exogene Verstimmung	—	labiler Psychopath?	von Großmutter, Vater	—	einzelne charakterolog. Abnormitäten (Suizid)
XV	arbeitsam, mäßiger Alk.-Genuß	—	exogene Verstimmung	—	gesteigerte Affektibilität. Psychopath	Vater	Vaters Geschwister	—
XVI	arbeitsam, mäßiger chronischer Alk.-Genuß	Alk.-intolerant, im Rausch gewalttätig	endogene Verstimmung	—	traumatisch-neuropathische Anlage	Großvater	—	—
XVII	arbeitsam, mäßiger chron. Alk.-Genuß	im Rausch gewalttätig	endogene Verstimmung	—	erworbene Epilepsie (petit mal.?)	—	Brüder Potatoren	—
XVIII	arbeitsam, mäßiger (?) Alk.-Genuß	trunkfällige Halluzinationen	endogene Verstimmungen	halluziniert in der ängstl. Depression	Kopftrauma, Vertigo (Epi.?)	—	—	—
XIX	arbeitsam, mäßiger Alk.-Genuß	im Rausch Epi-Anfälle	endogene u. exogene Verstimmungen, Epi-Äquivalente	—	traumatische Epilepsie	Vater	Mutters Bruder	väterl. Großmutter geisteskrank (?), Mutter Migräne
XX	arbeitsam, mäßiger Alk.-Genuß, zeitw. abstinent	Alk.-intolerant, trunkfällige Halluzinationen	endogene Verstimmungen	—	als Kind Fraisen, jugendlich Epilepsie	Vater	Bruder Potator	ein Bruder zeigt Anzeichen von Poriomanie (?)
XXI	arbeitsam, nüchtern	trunkfällige Halluzinationen	exogene (selten endogene) Verstimmungen	auffallendes Durstgefühl	labiler Psychopath (?), period. Melancholie (?)	—	—	Mutters Bruder Epi., Mutters Bruder jähzornig
XXII	mittelmäßiger Arbeiter, mäßiger chronischer Alk.-Genuß	Alk.-intolerant, unter Alk.-Wirkung Epi-Anfälle	endogene und exogene Verstimmungen	—	charakterologisch abnormer Psychopath (Epileptiker?)	—	Stiefschwester der Mutter angeblich Dipsomane	Vaters Bruder Paranoia
XXIII	arbeitsam, abstinent	—	endogene (exogene?) Verstimmungen	—	period. Melancholie (?) (mit Suizid)	—	Sohn Potator	—

Beobachtungszimmer führt, so bleibt eine große Klasse Alkoholkranker übrig, die wir als periodisch Trunksüchtige bezeichnen müssen, die, ohne chronische Alkoholiker zu sein, ja sogar, trotzdem sie für gewöhnlich abstinent oder sehr mäßig sind, aus Motiven, die sich durch die äußeren Ereignisse nicht oder nicht genügend erklären lassen, also aus zum Teil wenigstens inneren pathologischen Motiven periodisch immer wieder zeitweise der Versuchung des Alkohols in exzessiver Weise unterliegen. Zu dieser Klasse von periodisch Trunksüchtigen gehören sowohl jene Leute, welche auf einen ganz geringfügigen äußeren ärgerlichen Anlaß in einer inadäquaten übertriebenen Art derart reagieren, daß sie ihre moralische Widerstandskraft gegenüber der Alkoholversuchung verlieren und, um ihre peinigenden Gefühle loszuwerden, in diesem Zustand maßlos zu trinken anfangen, als auch jene Leute, welche ohne jeden äußeren Ärger und ohne jede innere Verstimmung periodisch rein triebhaft aus innerem Drange zum Alkohol greifen; zwischen diesen beiden Extremen, deren erstes man als einfache periodische Trunksucht, letzteres als reinsten Fall von Dipsomanie bezeichnen könnte, finden sich alle möglichen Übergänge, ja jeder Fall zeigt eigenartige Züge!

Zur Übersicht kann man sich die Fälle folgendermaßen gruppieren:

a) Fälle, welche sich aus exogener (inadäquater) Verstimmung betrinken.

b) Fälle, welche sich aus endogener (depressiver, seltener euphorischer) Verstimmung betrinken.

c) Fälle, welche aus endogener oder exogener Verstimmung oder irgend einer äußeren Gelegenheitsursache heraus zum Trinken kommen und auf geringe Alkoholmengen schon dieserart abnorm reagieren, daß sie nun triebhaft weiter trinken, bis ein sozialer Exzeß oder ein pathologischer Effekt dieser Trinkperiode ein plötzliches Ende bereitet.

d) Fälle, welchen aus exogener Verstimmung der triebhafte unwiderstehliche Drang zum Alkohol erwächst.

e) Fälle, welchen aus endogener Verstimmung der triebhafte unwiderstehliche Drang zum Alkohol erwächst.

f) Fälle, welche ohne jede exogene oder endogene Verstimmung rein periodisch von triebhaftem unwiderstehlichem Drange nach alkoholischer Betäubung erfaßt werden (period. Irresein in Form krankhafter Triebe).

Aber, wie gesagt, stellt jeder Fall von Dipsomanie einen eigenen Symptomenkomplex dar; so z. B. wechseln endogene und exogene Verstimmungen und gelegentliche Verführung als Ursachen der Trinkexzesse in ein und demselben Falle von einem zum andern Male die Rolle, und wir



wollen durch diese Aufstellung nicht eine Einteilung, sondern bloß einen Überblick geben. Aus diesen sechs Gruppen periodisch Trunksüchtiger stammen die Fälle, die jeder Autor dann nach eigenen Kriterien als Dipsomane bezeichnet. *Gaupp* hat hauptsächlich in dem Umstande, ob der Drang zum Trinken einer endogenen oder einer exogenen Ursache entsprang, das diagnostische Einteilungsprinzip gesehen und erstere Fälle zur Dipsomanie gerechnet, letztere unter die Pseudodipsomanie subsumiert. Bei jeder Exploration eines Kranken aber steht man vor der großen Schwierigkeit, zwischen endogener und exogener Verstimmung zu unterscheiden; sobald die Patienten nicht gute Selbstbeobachter sind, veranlaßt sie schon das Kausalbedürfnis für jede (endogene) Verstimmung eine äußere Veranlassung anzuführen; erscheint uns dieselbe nicht genügend, so denken wir dann an eine endogene Verstimmung. Aber erscheint uns denn jemals die wirkliche, äußere Veranlassung, die uns ein affektiv labiler Psychopath für seine wirklich exogene (wenn auch inadäquate) Verstimmung anführt, als ausreichend? Wie wollen wir dann zwischen endogen und exogen sogar bei ein und demselben Kranken von Fall zu Fall unterscheiden? *Pappenheim* hat auf diese Schwierigkeit schon hingewiesen und betont, daß zahlreiche Dipsomanen, die durch jahrzehntelange Beobachtung an Kliniken als solche bekannt sind, neben endogenen oft auch exogene Verstimmungen oder äußere Gelegenheitsursachen als Veranlassungen der einzelnen Trunkenheitsexzesse anführen. So ist es z. B. auch bei unserem Fall II von sicherer Dipsomanie. Macht man immerhin das *Gaupp*sche Einteilungsprinzip geltend, so würden die oben angeführten Gruppen b), e), f) und ein Teil der Gruppe c) zu den echten Dipsomanien, die übrigen zu den Pseudodipsomanien zählen.

Faßt man aber den primären triebhaften Drang zum Trinken als das wichtigste Kriterium der echten Dipsomanie auf, so würde man die Gruppen a) und b), wo derselbe nicht in Betracht kommt, als einfache periodische Trunksucht, die Gruppe c), wo derselbe sekundär erst als eine pathologische Alkoholreaktion auftritt als Peudodipsomanie und die Gruppe f), wo derselbe ohne Verstimmung primär als triebhafte Handlung erscheint, als reine echte Dipsomanie bezeichnen, wobei die Gruppen d) und e) je nach der zwanghaften Aufdringlichkeit des Trinktriebes fallweise entweder zur Pseudodipsomanie oder zur echten Dipsomanie gezählt werden würden. Diese Einteilung ist uns persönlich die nächstliegende, und wir haben in den Epikrisen der einzelnen Fälle nach diesem Prinzip die 23 periodisch Trunksüchtigen beurteilt, ohne jedoch diese Anschauungsart jemandem aufdrängen zu wollen. Je nachdem nun jemand den Begriff der Dipsomanie enger oder weiter faßt, wir möchten sagen, das Bild bei engerer oder weiterer Blende betrachtet, wird er einige Fälle von der Betrachtung ausschließen oder mit einbeziehen wollen; immerhin glauben wir, daß die ersten zehn Fälle (I bis X) von den dreiundzwanzig wohl von allen als Dipsomanien aufgefaßt werden dürften.



Wie dem auch sei, in einem stimmen alle jene Autoren überein, die dieses Kapitel bearbeitet haben: die Ursache der periodischen Trunksucht sei in einer schweren degenerativen Anlage dieser Individuen zu suchen. Die Dipsomanen sind durch die Bank Psychopathen. Sehen wir nun nach, wie weit uns in unseren 23 Fällen das Studium ihrer familiären Verhältnisse über diese ihre Anlage Aufschluß zu geben vermag. In den drei letzten Rubriken der Tabelle (S. 410 u. 411) finden wir dieselben übersichtlich geordnet.

Ein kurzer Blick darauf lehrt uns schon, welche präponderante Rolle der Alkohol in den Familien aller periodisch Trunksüchtigen spielt; nicht nur als direkter hereditärer Faktor, also keimschädigend (blastophthor) wirkt der Alkoholismus, sondern er ist familiär bei Geschwistern vorkommend und bei den Geschwistern der Eltern wie auch bei den Eltern selbst ein Maß für die „Haltlosigkeit", d. h. für die psychopathische konstitutionelle Anomalie, die in der betreffenden Familie zu Hause ist und zum chronischen wie zum periodischen Alkoholismus mit prädisponiert. Außerdem ist neben diesem Wert als Index und neben der blastophthoren Wirkung des Alkoholismus auch die Milieuwirkung des Alkoholismus nicht zu vergessen, aus Nachahmungstrieb und Gewohnheit, kurz, es gibt aus denselben sozialen Gründen Alkoholistenfamilien, aus welchen es Offiziers-, Beamten- oder Kaufmannsfamilien gibt. Daher unterscheiden wir eine Alkoholwirkung überhaupt neben Alkohol in direkter Aszendenz und Alkohol in der Seitenlinie.

Außerdem finden wir häufig in der Familie periodisch Trunksüchtiger charakterologische Abnormitäten, die wir als psychopathische Minderwertigkeit bezeichnen wollen, ein Teil derselben weist dipsomane oder auch poriomane Züge auf. Ferner findet sich Epilepsie, Melancholie, Paranoia und andere Geisteskrankheiten, und einmal Hysterie u. zw. unter 23 Fällen:

Alkoholismus überhaupt ...	in	18	Fällen	=	78,2 %
direkte alk. Heredität	„	14	„	=	65,2 %
Alk. sonst in der Familie ..	„	12	„	=	52,1 %
Psychopath. Minderwertigkeit	„	6	„	=	26 %
Porio- u. dipsomane Züge ..	„	4	„	=	15 %
Epilepsie	„	3	„	=	13 %
Melancholie	„	3	„	=	13 %
(Suizide	„	3	„	=	13 %)
Paranoia u. andere Psychosen	„	3	„	=	13 %
Hysterie	„	1	Falle	=	4,3 %

Wir legen der Umrechnung in Prozenten hier bei der relativ zu geringen Anzahl der Fälle gar keinen absoluten Wert bei, sondern haben diese Berechnung bloß des Vergleiches mit den folgenden Zahlen wegen durchgeführt.

Betrachten wir nun unter diesen periodischen Trunksüchtigen den engeren Kreis der **echten Dipsomanen**, d. h. der ersten zehn Fälle, von diesem Gesichtspunkt aus, so finden wir folgende Zahlen:

unter 10 Fällen:	Alkoholismus überhaupt ...	in	7	Fällen	= 70 %
	direkte alk. Heredität	,,	7	,,	= 70 %
	Alk. sonst in der Familie ..	,,	3	,,	= 30 %
	Psychopath. Minderwertigkeit	,,	3	,,	= 30 %
	Porio- u. dipsomane Züge ..	,,	2	,,	= 20 %
	Epilepsie	,,	2	,,	= 20 %
	Melancholie	,,	3	,,	= 30 %
	(Suizide	,,	2	,,	= 20 %)
	Paranoia u. andere Psychosen	,,	—		—
	Hysterie	,,	—		—

Halten wir nun noch dieser Aufstellung die Aufstellung der Verhältnisse bei den übrigen 13 per. Trunksüchtigen, die vielleicht nicht echte Dipsomanen sind, gegenüber, so ergibt sich:

unter 13 Fällen:	Alkoholismus überhaupt ...	in	11	Fällen	= 84,6 %
	direkte alk. Heredität	,,	8	,,	= 61,5 %
	Alk. sonst in der Familie ..	,,	9	,,	= 69,2 %
	Psychopath. Minderwertigkeit	,,	3	,,	= 23,1 %
	Porio- u. dipsomane Züge ..	,,	2	,,	= 15,3 %
	Epilepsie	,,	1	,,	= 7,7 %
	Melancholie	,,	—		—
	(Suizide	,,	1	,,	= 7,7 %)
	Paranoia u. andere Psychosen	,,	3	,,	= 15,3 %
	Hysterie	,,	1	,,	= 7,7 %

Was die **Belastung überhaupt** anbelangt, so ersehen wir aus der Tabelle, daß unter den 23 Fällen nur 4 unbelastet sind, oder besser gesagt, daß wir nur in vier Fällen keine belastenden Momente eruieren konnten (X, XVII, XVIII u. XXIII). Unter den 10 Fällen sicherer Dipsomanie ist bloß einer (X) unbelastet, dieser leidet mit großer Wahrscheinlichkeit an einer periodischen prämenstruellen Melancholie. Von den anderen drei unbelasteten Fällen leidet der eine an Epilepsie nach Meningitis (XVII), der andere nach schwerem Kopftrauma wahrscheinlich an Epilepsie (XVIII), der dritte (XXIII) an einer Melancholie des Rückbildungsalters; sie weisen also alle vier eine andere Ursache für eine schwere Veränderung in ihrem ZNS auf. Von Belastung ist hier im weitesten Sinne die Rede, direkte und indirekte. Wenn in einer Familie ein Bruder des Probanden oder ein Oheim an Epilepsie leidet, so darf man zum Verständnis der psychischen Erkrankungen nicht die Möglichkeit aus den Augen verlieren, daß hier die Keimbahn der Familie in der Aszendenz von einer Keimschädigung getroffen worden sein mag, die bei einem Mitglied als Epilepsie manifest wird und bei einem andern Mitglied derselben Familie larviert in der Form einer periodischen Verstimmung sich zeigt, wobei wir

aber **nicht** diese periodische Verstimmung an und für sich als Epilepsieäquivalent auffassen wollen. In diesem weiten Sinne erfaßt zeigen die 23 periodisch Trunksüchtigen in 82 % Belastung überhaupt, 70 % direkte Belastung, und zwar 65,2 % direkte alkoholische Belastung. Von diesen per. Trks. weisen die zehn sicheren Dipsomanen in 90 % Belastung überhaupt, in 80 % direkte Belastung und in 70 % direkte alkoholische Belastung auf. Diese hohen Ziffern der Belastung überhaupt bei periodisch Trunksüchtigen und der direkten alkoholischen Belastung insbesondere stimmt genau mit den Angaben *Rybakows* [1]), der die Erblichkeitsverhältnisse bei Alkoholisten studiert hat, überein. An unseren Untersuchungen sehen wir, daß diese hohen Zahlen noch ansteigen, wenn wir den Begriff der Dipsomanie enger fassen.

Nicht einer Meinung sind wir mit *Rybakow* bezüglich der von ihm gefundenen hohen Zahlen gleichartiger Heredität bei periodischer Trunksucht, weder bei weiter noch enger gefaßter Diagnose der Dipsomanie; nur in einem unserer Fälle (VI) soll die Mutter eine periodische Trinkerin gewesen sein, und im Fall XII soll eine Stieftante ebenfalls periodenweise getrunken haben. Poriomane Züge in der Verwandschaft finden sich ebenfalls nur zweimal (I u. XX); die Ähnlichkeit dieser periodischen Erkrankung mit der per. Trunksucht, die schon *Heilbronner* [2]) betont hat, ermächtigt vielleicht diese Fälle zusammenzurechnen, so daß wir vier Fälle gleichartiger (oder ähnlicher) Erkrankung in den Familien periodisch Trunksüchtiger hätten, was immerhin bei der Seltenheit der Erkrankung überhaupt eine nicht unbedeutende Zahl bedeuten würde, die sich gleichmäßig auf Dipsomanie im engeren und im weiteren Sinne verteilen würde. Ebenso ist gleichmäßig häufig auf die beiden Gruppen verteilt die Belastung mit psychopathisch minderwertigen, charakterologisch abnormen Zügen, zu denen dort Poriomanie und Dipsomanie auch gehören, in der Verwandtschaft; sie trifft angefähr in 20 % aller Fälle zu.

Ihr zunächst ist die Belastung mit Epilepsie, Melancholie, Suizid, mit paranoiden und anderen Psychosen, gleichmäßig mit 13 %. Vergleichen wir aber hier die relativen Zahlen bei echten Dipsomanen und bei period. Trunksüchtigen, so sehen wir, daß wir bei Einengung des Begriffes der Dipsomanie weit höhere Belastungsziffern für epileptische und melancholische (Suizid) Belastung erhalten, d. h., daß jene neuropathischen Individuen, die zu echten Dipsomanen werden, zu einem ansehnlichen Teil aus Familien stammen, in denen epileptische und melancholische Erkrankungen vorkommen.

---

1) *Rybakow*, Alkoholismus und Erblichkeit, Mtschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 20, Erg.-Hft.

2) *Heilbronner*, Über Fugues usw. Jahrb. f. Psych. 23.



In der Gruppe der sicheren Dipsomanie (I bis X) ist dagegen kein Fall mit Belastung durch eine paranoide Hirnerkrankung; die zwei Fälle XIII und XXII, bei welchen solche Erkrankungen in der Familie vorkommen, sind wohl nur als einfache periodische Trunksucht zu bezeichnen, der eine davon ist der früher mit gleichartiger periodischer Trunksucht der Stieftante belastete Fall.

Hysterie kommt bloß einmal als Belastung vor, und zwar in Fall XIII, wo die Belastung mit Paranoia oben erwähnt wurde. — Die Belastung der periodisch Trunksüchtigen ist nicht nur ziffernmäßig eine hohe, sondern sie ist auch eine schwere insofern, als sie gewöhnlich eine Summierung von belastenden Momenten aufweist. So finden wir bei den zehn sicheren Dipsomanen fünfmal neben starkem Potatorium der Eltern gleichzeitige Belastung mit Epilepsie, Melancholie oder auffallenden psychopathischen Zuständen. Und in den übrigen 13 Fällen periodischer Trunksucht ebenfalls fünfmal eine solche doppelsinnige Belastung. Außerdem ist es nicht selten bei unseren Kranken, daß die alkoholischen Antezedentien bis in die dritte Generation hinaufreichen, und auch, daß sowohl Vater als Mutter Trinker sind (konkomitierend).

Fassen wir den Begriff der Dipsomanie so eng, daß wir nur das periodische Irresein in impulsiven Handlungen dazu rechnen, also die Fälle mit primärem triebhaften Drange zum Trinken, so ändert sich das Bild der Belastung nicht. Derart eng gefaßt würden nur die Fälle III, IV, V, VI, VIII u. IX als Dipsomanien gelten können. Auch hier haben wir bei diesen sechs Fällen: fünfmal direkte alkoholische Belastung, zweimal mit epileptischer, einmal mit melancholischer Belastung verbunden, einmal bloß melancholische Belastung allein. Auffallend ist bei vielen Dipsomanen die Störung von seiten des vegetativen Systems im Sinne von Durstgefühl und Magenstörungen, doch auch hierin teilen sich Fälle aus melancholischen, epileptischen und rein psychopathischen Familien das Feld (V, VIII, XXI usw.).

Wir haben schon vorher gesehen, daß jene vier Fälle, in welchen wir keine Belastung finden konnten, krankhafte Veranlagungen ihrerseits aufweisen, welche eine Diagnose eines bestimmten Grundleidens erlauben oder sehr wahrscheinlich machen, so ist im Fall X und XXIII mit größter Wahrscheinlichkeit das Bestehen einer periodischen Melancholie anzunehmen; im Falle XVII besteht eine durch Meningitis erworbene Epilepsie; im Fall XVIII ist eine traumatische Erkrankung des Gehirns vorhanden, die sich derzeit noch in Schwindelanfällen äußert, vielleicht also epileptischer (noch latenter) Natur ist.

Sehen wir uns daraufhin auch die übrigen Fälle auf ihre persönliche Veranlagung an, so erkennen wir in Fall I und II typische affektlabile Psychopathen, die ähnliche Züge wie ihre psychopathischen Verwandten aufweisen. Im Fall III ist der Verdacht auf melancholische Verstimmungen berechtigt. Fall IV hat (unter Alkoholwirkung) epileptische An-





fälle. Fall V litt in der Jugend an somnambulen Dämmerzuständen, jetzt noch an Schwindel und unter Alkoholwirkung auch jetzt noch an Dämmerzuständen; seine Schwester hatte epileptische Anfälle; also ist der Verdacht sehr berechtigt, daß seine Dämmerzustände und Schwindelanfälle auf einer epileptischen Veranlagung beruhen. Fall VI leidet an traumatischer Epilepsie, außerdem hat eine Schwester epileptische Anfälle. In Fall VII dürfte es sich um Verstimmungen auf melancholischer Grundlage handeln, zumal der Vater trübsinnig starb. Im Fall VIII dürfte es sich ebenfalls um melancholische Veranlagung handeln, da der Bruder an ähnlichen Verstimmungen litt, und die Tochter des Bruders einmal einen melancholischen Zustand hatte. Fall IX ist auffallend durch seinen Suizidtrieb und durch die vielen Suizide, die in der Familie vorkamen, samt konstitutioneller Verstimmung, so daß auch hier der Verdacht naheliegt, daß wir es mit einer Familie von Melancholikern zu tun haben. Fall X mit ihren tiefen prämenstruellen Depressionen ist wahrscheinlich auch eine periodische Melancholie. Fall XI hat Lues überstanden und zeigt die gesteigerte Affektibilität des Psychopathen. Ebenso sind Fall XII, XIII, XIV, XV labile Psychopathen, ohne daß ein definierbares psychisches Leiden hier nachweisbar wäre oder wahrscheinlich gemacht werden könnte (XIII Paranoia des Bruders?). Fall XVII leidet an Epi. nach Meningitis. Fall XVI ist seit einem Kopftrauma neuropathisch. Fall XVIII und XIX sind wahrscheinlich traumatische Epilepsien. Fall XX litt in der Jugend an Epilepsie. XXI ist ein labiler Psychopath (vielleicht period. Mel.). XXII leidet unter Alkoholwirkung an Epianfällen, und XXIII ist höchstwahrscheinlich eine leichte Melancholie des Rückbildungsalters. So sehen wir, daß aus der Kombination der Befunde der hereditären Belastung und der Symptome eigener Veranlagung wir unter den 23 Fällen mit periodischer Trunksucht eine psychopathische Veranlagung bei allen nachweisen konnten; bei acht Fällen (IV, V, VI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXII) war diese zum Teil sicher, zum Teil wahrscheinlich eine epileptische Veranlagung (in vier Fällen, davon eine im Leben erworben); in sieben Fällen hatte die Psychopathie ihre Ursache höchstwahrscheinlich in einer periodisch melancholischen Veranlagung (III, VII, VIII, IX, X, XXI, XXII); in sieben Fällen war die psychopathische Veranlagung mit keiner anderen Neuropathie vergesellschaftet (I, II, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI); in einem Fall (vielleicht in zwei) war eine Paranoia in der Verwandtschaft eventuell mehr als bloß ein zufälliger Befund.

Der Satz, daß alle Dipsomanen schwere Psychopathen sind, erweist sich demnach als richtig und ebenso, daß sich die Dipsomanie auf Grund dieser degenerativen Anlage entwickelt. Aber das Wort Psychopathie ist eben bloß ein Ausdruck, um unvollkommene Defekte verschiedenster Art vorläufig zu be-



zeichnen. Eine eigene Veranlagung ist die Psychopathie wohl kaum! Sie ist auch nicht als die Matrix aufzufassen, aus der sich die verschiedenen Neurosen und Psychosen entwickeln; die charakterologisch abnormen Psychopathen, die in einer Familie von Paranoikern vorkommen, sind anderer Art, als die Psychopathen aus zyklothymen oder hereditär epileptischen Familien; diese Psychopathen tragen manchmal an sich einzelne charakteristische Zeichen der vollentwickelten Psychose, zu deren Gruppe sie gehören, als abortive Form, aber nicht als ob sie eine schwächere Form dieser Psychose wären, sondern sie sind nur partiell mit einzelnen Defekten, bald diesem, bald jenem, behaftet, die bei der vollentwickelten Psychose vereinigt vorkommen. Für die Paranoia querulans hat sich der eine von uns (*Economo*) bemüht, dies (a. a. O.) nachzuweisen. Die Familienforschung ist ein Mittel, welches uns lehren kann, die verschiedenen Psychopathen voneinander zu unterscheiden. Bis dies restlos möglich sein wird, hat es noch seine guten Wege.

Für heute glauben wir behaupten zu können, daß die psychopathische Veranlagung, auf Grund welcher sich die Dipsomanie entwickelt, eine sehr verschiedene sein kann; man kann sagen, daß sie sich zu einem Drittel aus der Gruppe des periodischen (manisch-depressiven) Irreseins, zu einem zweiten Drittel aus der großen Gruppe epileptischer Entartung rekrutiert, während ein letztes Drittel nicht näher definiert werden kann und vorderhand als einfache neuropathische oder psychopathische Veranlagung bezeichnet werden soll.

Sowohl die epileptische, als die periodisch melancholische Veranlagung kann leicht Ursache der endogenen und exogenen inadäquaten Verstimmungen der Dipsomanen (und periodisch Trunksüchtigen) sein, dabei ist ebensowenig diese Verstimmung als ein epileptisches Äquivalent in dem einen Falle, wie im anderen Falle als ein wirkliches melancholisches Zustandsbild aufzufassen (bis auf vereinzelte Ausnahmen[1]); wäre sie letzteres, so wäre nicht abzu-

[1]) Solche Ausnahmen sind z. B. unser Fall VIII, dessen periodisch wiederkehrende, über einige Wochen dauernde Verstimmungen höchstwahrscheinlich nichts andres als wirkliche Melancholien sind, und Fall XIX, bei denen die Trinkperioden manchmal postepileptische Geistesstörungen oder epileptische Äquivalente sind.



sehen, wieso gewöhnlich mit der Volltrunkenheit und dem darauffolgenden Schlaf die Depression rasch abklingt. Die endogenen Depressionen sind tiefe Schwankungen der Gemütslage, wie man sie auch sonst bei Manisch-Depressiven und bei Epileptikern findet. — Schon *Ziehen* hat auf das häufige Vorkommen von Dipsomanen unter den Melancholikern hingewiesen; ebenso *Pilcz* und in der letzten Zeit wieder *Bolten*. — Nicht zu vergessen ist die große Häufigkeit des Vorkommens pathologischer Alkoholreaktionen bei Dipsomanen, die in der Genese und im Verlaufe des Trinkanfalls eine bedeutende Rolle spielen.

Wir können also sagen, daß die Dipsomanie nicht eine Erkrankung sui generis ist, sondern ein Symptomenkomplex, der gewöhnlich infolge schwerer alkoholischer Belastung psychopathisch veranlagte Individuen auf Basis ihrer periodischen Dysphorien trifft. Epileptische und periodisch-melancholische degenerative Veranlagung liefern je ein Drittel dieser Kranken. Ein letztes Drittel derselben weist bloß allgemein degenerative Charakterzüge auf, die sich nicht näher gruppieren lassen.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

52. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens am 7. Mai 1920 in Hannover.

Anwesend waren: *Behr*-Lüneburg, *Benno*-Goslar, *Bräuner*-Lüneburg; *Brandt*-Hannover, *Brunotte*-Gandersheim, *Donnerberg*-Osnabrück, *Eichelberg*-Hedemünden, *Frensdorf*-Göttingen, *Fröhlich*-Langenhagen, *Gerstenberg*-Lüneburg, *Grimme*-Hildesheim, *Grütter*-Langenhagen, *Günther*-Warstein, *Hellwig*-Lüneburg, *Holzer*-Warstein, *Jänecke*-Osnabrück, *Koch*-Hildesheim, *Loewenthal*-Braunschweig, *Lübbers*-Hannover, *Maschmeyer*-Göttingen, *Quaet-Faslem*-Rasenmühle, *Reckmann*-Oeynhausen, *Reinhold*-Hannover, *Rinne*-Langenhagen, *Rizor*-Langenhagen, *Schlesinger*-Hannover, *Schütte*-Langenhagen, *Schultze*-Göttingen, *Snell*-Lüneburg, *Stamm*-Ilten, *Wahrendorff*-Ilten, *Willige*-Ilten.

Gewählt wurden: *Snell*, Vorsitzender, *Gerstenberg*, Schriftführer. Der Kassenführung wird Entlastung erteilt. Der aus dem Leben geschiedenen Mitglieder *Fontheim*, *Lindemann*, S.-R., *Pförringer*, *Schroeder*-Hildesheim, *Tintemann* und *Scholz*-Bremen, wird vom Vorsitzenden ehrend gedacht.

Vorträge werden gehalten von *Loewenthal*, *Behr*, *Frensdorf*, *Maschmeyer*. An den Diskussionen beteiligen sich *Schultze*, *Reinhold*, *Grütter*, *Schütte*, *Willige*.

Loewenthal stellt einen Fall von Chorea chron. progressiva vor und berichtet über zwei weitere Fälle.

Fall 1. Keine gleichartige Heredität, aber hereditärer Spitzfuß und andere Nervenkrankheiten in der Familie. Jetzt 29 Jahre alt, Beginn der Krankheit schon vor dem 25. Jahre. Wegen der spastischen Parese der Beine anfangs als multiple Sklerose gedeutet, verschlimmerte sich unter dem Einfluß der militärischen Ausbildung und einer elektrischen Intensivbehandlung; hiernach trat die Muskelunruhe zuerst auf, so daß anfangs Paramyoklonus, später Chorea chronica diagnostiziert wurde. Zurzeit besteht starkes Grimmassieren, choreatische Unruhe des Armes, spastischer Gang. Der Zusammenhang mit dem Einfluß des Krieges wird bejaht. K. D. B. angenommen.

Fall 2. 47 Jahre alter Mann. ½ Jahr vor Beginn der jetzigen Erkrankung längerer deliranter Zustand nach Grippe mit halbseitiger Schwäche, der zur Aufnahme in die Irrenanstalt führte, bald abheilte. Jetzt starkes Grimmassieren, Muskelunruhe des linken Beines. Keine Heredität. Die Annahme liegt nahe, daß es sich anfangs um eine Enzephalitis gehandelt hat (epidem.?), auf deren Basis sich allmählich die Chorea chron. entwickelte. Keine Intelligenzdefekte.

Fall 3. Frau von 36 Jahren. Gleichartige Heredität von mütterlicher Seite. Allmählicher Beginn seit dem 28. Lebensjahre. Starke Verschlimmerung durch einen Fall vom Wagen auf den Kopf. Jetzt besteht allgemeine Muskelunruhe, besonders im Gesicht; Intelligenzdefekt. Eine ältere Schwester zeigt seit dem 30. Lebensjahre dasselbe Krankheitsbild. Zusammenhang der Verschlimmerung mit dem Unfall wird bejaht. Der Vortrag *Loewenthals* erscheint ausführlich unter den Originalien des Neur. Zentralblatts.

Grütter berichtet über einige Fälle von Encephalitis, von denen zwei mikroskopisch untersucht sind. Klinisch boten diese Fälle nichts, was an Enzephalitis denken ließ, der pathologisch-anatomische Befund entspricht dem Bilde, wie es in der letzten Zeit häufig beschrieben ist.

Behr berichtet über Spirochätenbefunde bei progressiver Paralyse. Von zehn untersuchten Fällen waren sechs positiv, vier negativ. Die Spirochäten fanden sich in recht wechselnder Zahl und Anordnung. Sie wurden in disseminierter Verteilung, bald nur vereinzelt, bald in größerer Anzahl über die ganze Hirnrinde verteilt, angefunden bei zwei Paralytikern, die an Marasmus starben, ohne daß die Erkrankung in der letzten Zeit vor dem Tode einen besonders progredienten Charakter gezeigt hätte, ferner bei einer inzipienten Paralyse und bei einem Paralytiker, der nach längerem Stillstand der Erkrankung plötzlich im Anfall starb. In zwei Fällen, bei einer hochgradig verblödeten paralytischen Frau, die im Anfall endete, und bei einem Paralytiker, bei dem die Erkrankung nach längerer Remission einen rapiden Verlauf nahm, fanden sich die Spirochäten in großer Menge und in ausgesprochen schwarmartiger Anordnung, im letzten Falle wurden neben den Spirochätenschwärmen auch ein größerer umschriebener Herd gefunden, der offenbar ganz aus Spirochäten bestand, die im Zentrum in großer Ausdehnung nekrotisch untergegangen waren. Negativ war der Befund bei zwei Paralysen mit langsamem Verlauf, die im Marasmus oder durch interkurrente körperliche Erkrankung endeten, weiter bei einer jugendlichen Paralyse, die im Alter von 20 Jahren nach einer Krankheitsdauer von sieben Jahren starb, bei der auch der sonstige histologische Befund für den stationären Charakter der Erkrankung sprach. Schließlich war auch der Spirochätennachweis trotz eingehender Untersuchung bei einem vorgeschrittenen Paralytiker, der nach gehäuften Anfällen starb, völlig



negativ. Wenn auch eine Gesetzmäßigkeit nicht besteht, so sind die Spirochäten doch am häufigsten und zahlreichsten bei den schnell verlaufenden und mit akuten Zügen endenden Paralysen zu erwarten.

Die Spirochäten fanden sich überall in der Rinde, besonders im Stirnteil, sie bevorzugten die mittleren und unteren Rindenschichten. In der subpialen Randzone waren sie niemals nachzuweisen. In mehreren Fällen fanden sie sich in größeren Mengen im Kleinhirn, und zwar vorzugsweise in der Molekularschicht, ganz vereinzelt zwischen den Körnern, niemals im Mark. Beziehungen der Spirochäten zu den Ganglienzellen und Gliazellen waren nicht festzustellen, dagegen fanden sie sich, besonders da, wo sie in Schwärmen auftraten, oft in großer Zahl in der nächsten Umgebung der Gefäße, in den perivaskulären Räumen und auch in der Gefäßwand selbst, sie waren aber niemals mit Sicherheit im Lumen nachzuweisen. Auch bei dem in dem einen Falle nachgewiesenen Spirochätenherd bestand offenbar eine enge Beziehung zu einem mitten durch den Herd verlaufenden Gefäße.

Häufig waren Formveränderungen an den Spirochäten nachzuweisen. Vielfach waren sie auffallend lang, die Windungen wenig ausgeprägt, sie bildeten Schleifen, waren eingerollt; andere waren wieder stark verkürzt und z. T. verklumpt. Häufig waren sie auffallend dünn, wie abgemagert, sie zeigten dann nicht mehr die ausgesprochen schwarze Farbe, sondern einen mehr bräunlichen Farbenton. Es handelt sich dabei wohl um Degenerationserscheinungen verschiedener Art.

Frensdorf berichtet über zwei Fälle von Alzheimerscher Erkrankung, die in den Jahren 1913 bzw. 1920 in der Nervenklinik bzw. der Heil- und Pflegeanstalt Göttingen zur Beobachtung kamen. Besonders interessant sind beide Fälle schon deshalb, weil hier klinisch die Diagnose gestellt worden ist, die im ersten Falle pathologisch-anatomisch nachgeprüft werden konnte und sich als richtig herausstellte.

In beiden Fällen handelte es sich um Erkrankungen im 48. bzw. 51. Lebensjahre, die in wenigen Jahren zur Verblödung führten. Die auffallendsten Symptome waren Störungen des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit, Desorientiertheit, aphasische und paraphasische Störungen im Sinne subkortikaler sensorischer Aphasie, apraktische und agnostische Störungen, deutliche Perseverationstendenz. In beiden Fällen keine ausgeprägten Herderscheinungen, keinerlei Zeichen einer Arteriosklerose. In dem pathologisch-anatomisch untersuchten Falle wurden die für die senile Demenz charakteristischen Veränderungen an Pia, Ganglienzellen, Glia und Gefäßen gefunden, dazu die *Fischer*schen Plaques und die *Alzheimer*schen Fibrillenveränderungen. In klinischer Beziehung hält *F.* die Alzheimersche Erkrankung nicht für ein ganz selbständiges Krankheitsbild, sondern will sie als Unterform der präsen len Demenz, wie *Alzheimer* selbst, angesehen wissen. Immerhin hat die Aufstellung des *Alzheimer*schen Krankheitsbildes unsere Kenntnisse bereichert und



unseren Blick geschärft. Eine Publikation derartiger Fälle, die bis jetzt noch recht spärlich in der Literatur vertreten sind, erscheint erwünscht.

Maschmeyer spricht über Paraphrenie: Nach einem Überblick über die Symptomatologie und differentialdiagnostische Abgrenzung der Paraphrenie im Anschluß an die *Kräpelin*schen Anschauungen wird die Schwierigkeit hervorgehoben, die sich aus der Anwendung der Begriffe des Erhaltenseins bzw. des Zerfalls der Persönlichkeit in der Praxis ergibt. Der Dementia praecox gegenüber muß nach *Kräpelin* die relative Erhaltung der Persönlichkeit als differentialdiagnostisches Kriterium angesehen werden, während im Gegensatz zur Paranoia doch wesentliche Bestandteile der gesunden Persönlichkeit durch den paraphrenischen Prozeß zerstört werden. Dadurch ergibt sich eine recht unsichere Abgrenzung nach beiden Seiten. Fließende Übergänge zur *Kräpelin*schen Paranoia bilden die Krankheitsformen, die jahre-, ja jahrzehntelang wie eine echte Paranoia verlaufen, im Laufe der Zeit aber Sinnestäuschungen aufweisen, ohne daß die Persönlichkeit irgendwie defekt wird (Fälle von *Banse*, *Berger*, *Krüger*).

Übergänge zur Dementia praecox finden sich besonders unter den Fällen der Paraphrenia phantastica, bei der nach *Kräpelin* im Gegensatz zu den drei übrigen Paraphreniegruppen doch ein rascher, weitgehender Zerfall der Persönlichkeit eintritt.

Auch untereinander lassen sich die vier *Kräpelin*schen Paraphreniegruppen nicht eindeutig abgrenzen.

Erscheint somit die auf dem Prinzip der Krankheitseinheiten beruhende *Kräpelin*sche Systematik in ihrer Anwendung auf die große Mannigfaltigkeit der besprochenen paranoischen Psychosen als zu starr, so läßt sich vielleicht in der Paraphreniefrage ein weiterer Fortschritt erwarten von einer eingehenden Berücksichtigung der Verflechtung endogener, konstitutioneller, charakterologischer Faktoren mit organisch exogenen (vielleicht schizophrenen) in jedem Einzelfall („mehrdimensionale Diagnostik“ *Kretschmer*s; „Strukturanalyse“ *Birnbaum*s).

Gerstenberg.

Kleinere Mitteilungen.

Die 10. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte wird am 17. und 18. Sept. in Leipzig abgehalten werden. Referatthema: Klinik und pathologische Anatomie der traumatischen Schädigungen des Rückenmarks (Ref.: *Cassirer*-Berlin und *Marburg*-Wien).

Die 86. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte findet vom 19. bis 25. Sept. in Bad Nauheim statt. Einführende der (23.) Abteilung für Psychiatrie und Neurologie sind Prof. Dr. *Sommer*-Gießen, Prof. Dr. *Wollenberg*-Marburg und Dr. *Lilienstein*-Nauheim.

Auf den Einspruch, den die Jahresversammlung des Vereins für Psychiatrie von Hamburg aus gegen den Erlaß des Preußischen Ministers für Volkswohlfahrt vom 27. Jan. 1920 betr. die gesundheitspolizeiliche Aufsicht der Prov.-Heil- und Pflegeanstalten richtete, ist folgende Antwort eingetroffen:

M. II. 1423. Berlin W 66, Leipziger Straße 3, den 21. Juni 1920.

Auf die gefällige Eingabe vom 28. Mai 1920 erwidere ich ergebenst folgendes:

Von der Stellungnahme des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu der Frage der Überwachung der öffentlichen Irrenanstalten durch regelmäßige Besichtigungen habe ich mit besonderem Interesse Kenntnis genommen. Soweit sich der Beschluß des Deutschen Vereins für Psychiatrie gegen meinen Erlaß vom 27. Januar 1920 wendet, geht er allerdings von unzutreffenden Voraussetzungen aus. Es ist nämlich nicht richtig, wenn der Verein annimmt, daß ich mit diesem Erlaß den bereits bisher hierfür zuständigen Oberpräsidenten die Aufsicht über die Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten abgenommen und sie den Regierungspräsidenten übertragen hätte, und es ist weiterhin unzutreffend, daß zu jenen Besichtigungen außer den Regierungs- und Medizinalräten künftig auch die Kreisärzte hinzugezogen werden sollten.



Mein Erlaß vom 27. Januar 1920 bezweckt vielmehr in der Hauptsache nur, die bereits durch den Allerhöchsten Erlaß vom 12. Mai 1897 sowie durch den Runderlaß des Ministers der geistlichen, Unterrichts- u. Medizinalangelegenheiten und des Ministers des Innern vom 15. November 1897 gegebene Anweisung, betr. Beaufsichtigung der Provinzial-Krankenanstalten, erneut in Erinnerung zu bringen, da trotz jenes Erlasses seit 23 Jahren eine regelmäßige Beaufsichtigung der genannten Anstalten nicht stattgefunden hat. Durch den Runderlaß vom 15. November 1897 war den Oberpräsidenten bereits der Auftrag erteilt, sich zu diesen Besichtigungen in erster Linie der Mitwirkung der zuständigen Regierungs- und Medizinalräte zu bedienen, sowie auch nach ihrem Ermessen andere geeignete, insbesondere psychiatrische Sachverständige heranzuziehen. An diesem Verfahren hält mein Erlaß vom 27. Jan. 1920 grundsätzlich fest. Nach wie vor sind die Oberpräsidenten die für die Besichtigungen der Provinzialirrenanstalten allein zuständigen Aufsichtsbehörden; die von ihnen mit der Beaufsichtigung betrauten Regierungs- und Medizinalräte sind in allen diesen Fällen lediglich als Kommissare des zuständigen Oberpräsidenten anzusehen. Die jedesmalige Beteiligung eines psychiatrischen Sachverständigen an den Besichtigungen der öffentlichen Irrenanstalten halte auch ich, wie ich den Oberpräsidenten am 26. Mai 1920 erneut mitgeteilt habe, für unentbehrlich. In diesem Zusammenhang dürfte es von Interesse sein, daß ich die Oberpräsidenten weiterhin angewiesen habe, vor Entscheidung über die Wahl der zuzuziehenden psychiatrischen Sachverständigen die betreffende Provinzialorganisation der beamteten Irrenärzte zu hören.

Hiernach dürften die in der dortigen Eingabe vom 28. Mai 1920 gegen meinen Erlaß vom 27. Januar 1920 erhobenen Einwendungen als erledigt anzusehen sein. *Stegerwald.*

Personalnachrichten.

Dr. *Paul Flechsig*, o. Prof. u. Geh. Med.-R. in Leipzig, der im Mai sein goldenes Doktorjubiläum feierte, scheidet aus seinem Lehramt aus. Als sein Nachfolger wurde

Dr. *Osw. Bumke*, o. Prof. u. Geh. Med.-R. in Breslau, nach Leipzig berufen.

Dr. *Max Rosenfeld*, früher Oberarzt u. ao. Prof. in Straßburg, ist zum o. Prof. in Rostock u. zum Leiter von Gehlsheim,

Dr. *Const. v. Economo*, Priv.-Doz. in Wien, zum ao. Professor ernannt worden.



Dr. *Fel. Stern*, bisher Priv.-Doz. in Kiel, hat sich in Göttingen,
Dr. *Stiefler* in Innsbruck,
Dr. *Schilder* u.
Dr. *Otmar Albrecht* in Wien,
Dr. *Ewald* in Erlangen,
Dr. *Löwenstein* in Bonn,
Dr. *Ernst Rittershaus* in Hamburg u.
Dr. *Weichbrodt* in Frankfurt a. M. habilitiert.
Dr. *Leop. Schayer* ist zum Oberarzt in Dalldorf ernannt worden.
Dr. *Moritz Benedict*, Prof. in Wien, ist gestorben.

V   41

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BLEULER ZÜRICH — **BONHOEFFER** BERLIN — **FISCHER** WIESLOCH — **KLEIST** FRANKFURT A. M. — **MERCKLIN** TREPTOW A. R.

PERETTI GRAFENBERG — **STRANSKY** WIEN

DURCH

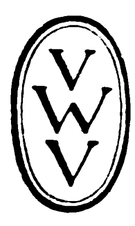
HANS LAEHR

WERNIGERODE, ORGANISTENSTR. 1

SECHSUNDSIEBZIGSTER BAND

VIERTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 20. DEZEMBER



BERLIN UND LEIPZIG

VEREINIGUNG WISSENSCHAFTLICHER VERLEGER

WALTER DE GRUYTER & Co.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.

1920

Preis des Bandes von 8 Heften (6 Hefte Originalien und 2 Hefte Literaturbericht) 40 Mark.

Diesem Heft ist ein Prospekt von A. Marcus & E. Weber's Verla-

Beitrag zur Beurteilung des differentialdiagnostischen Wertes der 4 Liquor-Reaktionen in der Spätlatenz der Syphilis.

Von

Dr. **Heinrich Herschmann,**

Abteilungsassistenten an der psychiatrisch-neurologischen Universitäts-Klinik des Hofrats Prof. *J. Wagner-Jauregg* in Wien.

Wenn selbst ein Kliniker von der Bedeutung *Kräpelins* erklären mußte, daß es ihm noch nie gelungen ist, aus der Art der Geistesstörung die syphilitische Ursache mit Sicherheit zu erkennen, dann muß man es verständlich finden, daß mit der fortschreitenden Verfeinerung der Untersuchungsmethoden des Liquor cerebrospinalis bei vielen Forschern das Bestreben entstand, die Diagnose der luischen Geistesstörungen immer mehr aus dem Krankensaal in das Laboratorium zu verlegen. Diese Tendenz tritt in der einschlägigen Literatur des letzten Jahrzehntes überall in den Vordergrund und ist besonders gefördert worden, als *Hauptmann* [1]) seine Auswertungsmethode angab. Auch die führenden Lehrbücher haben sich auf diesen Standpunkt gestellt, und zwar, wie hier gleich vorweggenommen werden soll, häufig in recht dogmatischer Weise.

Andererseits darf man sich nicht verhehlen, daß diese „Flucht ins Laboratorium" bei manchen Klinikern nur geteilte Sympathien geweckt hat, zumal doch gewisse Beobachtungen der letzten Zeit zu einiger Vorsicht mahnen.

Jeder Psychiater kennt den einen oder anderen sichergestellten Fall von Paralyse aus seiner Praxis, bei welchem die Liquor-Diagnostik im Stiche gelassen hat. Hier sei nur z. B. an den Fall von *Forster* [2]) er-

[1]) *Hauptmann*, Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 42, 1911.

[2]) *Forster*, Monatsschr. f. Psych. u. Neur., Bd. 38.

innert, welcher auch histologisch untersucht worden ist. Auch *Plaut*[1]), ein Untersucher, welcher den Liquormethoden gewiß nicht feindlich gegenübersteht, fand bei der Paralyse in nahezu 3% der Fälle negative Wassermann-Reaktion im Liquor. Andererseits hat man erfahren, daß auch positive Liquor-Reaktionen nicht unter allen Umständen für eine luische Erkrankung des Nervensystems beweisend sind. So wurde wiederholt positiver Ausfall der Liquor-Diagnostik im Sekundärstadium der Lues beobachtet, ohne daß irgendwelche Symptome seitens des Nervensystems aufgetreten wären (*M. Fränkel*[2]), *Zaloziecki* und *Frühwald*[3]), *Kyrle*[4]), *Brandweiner*, *Müller*, *Schacherl*[5]) u. a.). Manche Autoren helfen sich mit der Annahme einer latenten luischen Meningitis. Im übrigen gehen die Ansichten über die Bewertung eines positiven Ausfalles der Liquorreaktionen im luischen Sekundärstadium noch sehr auseinander. Nach der Meinung der einen (*Brandweiner*, *Müller* und *Schacherl*) handelt es sich dabei um eine Art Immunisierungsvorgang, also um ein günstiges Symptom, andere wollten in dem frühzeitig auftretenden positiven Ausfall der Liquorreaktionen einen Hinweis auf spätere luische Erkrankung des Zentralnervensystems erblicken. Auch dort, wo die Lues schon viele Jahre zurücklag, konnten manchmal positive Liquorreaktionen ohne irgendwelche für Lues verdächtige klinische Manifestationen nachgewiesen werden. *Plaut*, der in Übereinstimmung mit *Hauptmann* der Meinung ist, daß der Liquor bei symptomlosen Spätluikern negativ reagiert, muß doch zugeben, daß er bei drei Patienten, die vor Jahren Lues durchgemacht hatten, und deren Blut positiv reagierte, positive W.-R. im Liquor fand, obwohl diese Fälle hinsichtlich einer Komplikation mit Lues cerebrospinalis völlig unverdächtig waren. *Plaut* versucht, dieses abweichende serologische Verhalten der drei Fälle damit zu erklären, daß es sich vielleicht doch um vorläufig symptomlose, erst in der Entwicklung befindliche luische Erkrankungen des Zentralnervensystems handeln könnte. Ob diese Erklärung, die doch eigentlich ein Zurechtbiegen der klinischen Beobachtung auf die Bedürfnisse des Laboratoriums darstellt, allseitigen Beifall finden wird, erscheint uns recht zweifelhaft.

Was hier bezüglich der positiven W.-R. im Liquor ausgeführt wurde, gilt natürlich in noch vermehrtem Maße von dem isolierten Vorkommen einer Pleozytose oder einer positiven *Nonne*schen Phase I. im Liquor. *Nonne* hat ursprünglich behauptet, daß sich bei etwa 40% der alten Luiker

1) *Plaut*, Über Halluzinosen der Syphilitiker. Berlin 1913. Verlag von J. Springer.

2) *M. Fränkel*, Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 11, 1912.

3) *Zaloziecki* und *Frühwald*, Wien. klin. Wschr. 1912.

4) *J. Kyrle*, Über den derzeitigen Stand der Lehre von der Pathologie und Therapie der Syphilis. Leipzig und Wien 1919. Verlag von Dr. Deuticke.

5) *Schacherl*, Jahrb. f. Psych., Bd. 37.



ohne organische Nervenerkrankung Pleozytose im Liquor findet. Später hat er allerdings angegeben, daß diese Zahl zu hoch gegriffen war. *Plaut* fand unter 66 derartigen Fällen neunmal eine pathologische Lymphozytose. Positive *Nonne*sche Phase I wurde in der Spätlatenz der Syphilis wiederholt festgestellt, ohne daß Symptome einer Nervenkrankheit vorhanden gewesen wären (*M. Fränkel*, *Zaloziecky* und *Frühwald*, *Nonne*[1]), *Eichelberg* und *Pfördtner*[2]), *Plaut*). *Fränkel* sowie *Zaloziecky* und *Frühwald*, denen sich auch *Plaut* anschließt, greifen wieder zu dem bereits bekannten Erklärungsversuch mit dem latenten organischen, vorderhand noch symptomlosen Prozeß. Wer aber die klinische Beobachtung über Laboratoriumsreaktionen zu stellen gewohnt ist, wird da nicht mitkönnen.

Es ist mir nicht bekannt, ob und in welchen Fällen sich der Verdacht der genannten Autoren auf eine latente organische Erkrankung des Zentralnervensystems nachher bestätigt hat. Allein, selbst wenn ein späterer Sektionsbefund tatsächlich irgendwelche luische Veränderungen am Nervensystem ergaben haben sollte, so würde ja damit noch immer nicht bewiesen sein, daß diese Veränderungen auch bereits zur Zeit des ersten positiven Ausfalles der Liquorreaktionen vorhanden gewesen sind. Und selbst, wenn das der Fall gewesen sein sollte, so bliebe es noch eine offene Frage, ob die klinischen Erscheinungen, derentwegen die Aufnahme in die psychiatrische Klinik erfolgt war, durch die Lues bedingt waren, oder ob es sich nur um eine zufällige Kombination zweier Krankheitsprozesse gehandelt hat. Beispielsweise hat *Plaut* einmal bei einem Luiker mit positiver W.-R. im Blute, der an einer psychogenen Haftpsychose erkrankt war, positive W.-R. im Liquor festgestellt. Die psychogene Haftpsychose nun hat doch gewiß nichts mit der Lues zu tun; man hat aber gar keinen Grund zu der Annahme, daß es sich dabei um ein singuläres Ereignis handeln sollte; solche Kombinationen werden gewiß gar nicht so selten sein. Es wäre auch wirklich nicht einzusehen, warum die durchgemachte Lues zu einem Schutz vor unspezifischer Erkrankung des Zentralnervensystems führen sollte. Da ist doch wohl die in der älteren Psychiatrie allgemein akzeptierte Auffassung die richtigere, welche gerade der Lues auch als unspezifischer Krankheitsursache eine große Bedeutung beigemessen hat.

Unsere Kenntnis dieses Gegenstandes ist in letzter Zeit besonders durch die umfassenden Untersuchungen von *Kyrle* gefördert worden. *Kyrle* hat in einem Prostituierten-Spital bei einer großen Anzahl spätlatenter Syphilitikerinnen die Liquor-Untersuchung vorgenommen und hierbei recht häufig einen komplet positiven Lumbalbefund festgestellt, obgleich die betreffenden Patientinnen keine subjektiven oder objektiven

[1]) *Nonne*, Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 42, 1911.

[2]) *Eichelberg* und *Pfördtner*. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 25, 1909.

Zeichen einer luischen Erkrankung ihres Nervensystems darboten. (Bezüglich der genauen Zahlen muß auf die demnächst erscheinende Publikation von *Kyrle* verwiesen werden[1]).) Der eventuelle Einwand, daß in diesen Fällen die Nervenkrankheit noch nachfolgen könne, der positive Liquorbefund also das erste Zeichen der herannahenden Gefahr gewesen sei, erscheint schon aus statistischen Gründen hinfällig. *Kyrle* fand nämlich unter den von ihm untersuchten Spätsyphilitikerinnen eine derart große Prozentzahl mit positivem Liquorbefund, daß diese Zahl bereits ein Vielfaches jenes Prozentsatzes der Luiker darstellt, welche nach unseren Erfahrungen später an Paralyse, Tabes oder Hirnsyphilis erkranken. Demnach kann der positive Liquorbefund zumindest in der großen Überzahl der *Kyrle*schen Fälle nicht jene diagnostisch-prognostische Bedeutung besitzen, die ihm beispielsweise von *Hauptmann* zugeschrieben wird. *Kyrle*s Untersuchungsresultate widersprechen *Hauptmann*s Lehre von der negativen Reaktion des Liquors bei symptomlosen Spätluikern und schwächen daher die Bedeutung eines positiven Liquorbefundes für die Diagnose jedenfalls sehr bedeutend ab. Umgekehrt stellt der negative Liquorbefund keinen Schutz vor späterer luischer oder metaluischer Hirnerkrankung dar. Der Spätsyphilitiker, dessen Liquor wir heute negativ befinden, kann nichtsdestoweniger nach einigen Monaten an Paralyse erkranken, wie wir aus der Erfahrung zahlreicher Fälle wissen. Wir dürfen also auch die prognostische Bedeutung eines negativen Liquorbefundes in der syphilitischen Spätlatenz nicht hoch veranschlagen.

Für die Bewertung der Liquordiagnostik vom praktischen Standpunkte ist doch in allererster Reihe maßgebend, was sie für die Differentialdiagnose und für die Prognose zu leisten vermag. Die Aufdeckung okkulter organisch-luischer Prozesse ist gewiß von wissenschaftlichem Interesse und auch für die Therapie nicht ohne Bedeutung, vor allem aber wollen wir aus der Liquoruntersuchung doch erfahren, ob die aktuellen psychotischen Symptome, welche den Kranken in unsere Behandlung geführt haben, luisch bedingt sind oder nicht. Bei Beantwortung dieser Frage nun läßt uns die Liquordiagnostik, wie wir auf Grund unserer in der Wiener psychiatrischen Klinik gesammelten Erfahrungen behaupten müssen, leider nicht allzuselten im Stiche.

Ich bin ohne Kenntnis von den *Kyrle*schen Untersuchungen, also gänzlich unabhängig von diesen, zu Resultaten gelangt, welche sich mit den *Kyrle*schen Anschauungen vollständig decken. Ich habe über diese Fälle in der gleichen Sitzung des Wiener Vereins für Psychi-

[1]) Inzwischen erschienen Wiener klin. Wschr. 1920, Nr. 14 u. 15.

atrie und Neurologie referiert, in welcher *Kyrle* seine Befunde mitgeteilt hat. Meine Fälle zeigen, wie dies auch *Kyrle* dargetan hat, daß in der Spätlatenz positive Liquorbefunde vorliegen können, ohne daß eine luische Erkrankung des Nervensystems vorhanden wäre, und sie ergänzen die *Kyrle*schen Befunde dahin, daß während der Spätlatenz auftretende psychische Störungen trotz positiver Liquorreaktionen durchaus nicht immer luisch bedingt sein müssen, daß man mithin unrichtige Diagnosen und Prognosen stellt, wenn man eine Geistesstörung bloß deshalb für syphilitisch erklärt, weil der betreffende Patient einmal Lues durchgemacht hat und sein Liquor positiv reagiert. Daß bei vielen Autoren und noch stärker bei vielen Praktikern die Neigung dazu besteht, ist derzeit wohl unbestreitbar. Sie erklärt sich, wie schon eingangs dargetan wurde, daraus, daß wir, wenn wir von der Paralyse und gewissen markanten körperlichen Symptomen der Hirnlues absehen, heute noch kein klinisches Kriterium besitzen, welches uns gestatten würde, eine Psychose als luische Geistesstörung zu erkennen. Wir dürfen uns darüber nicht täuschen, daß unsere klinischen Kenntnisse auf diesem Gebiete heute noch geringer sind als sonst irgendwo in der Psychiatrie, und daß vorderhand unter dem Namen „syphilitische Geistestörung" auf Grund der gemeinsamen Ätiologie die verschiedenartigsten, auch prognostisch verschiedenartigsten Geistesstörungen zusammengefaßt, um nicht zu sagen zusammengeworfen werden. Schon daß wir hier in unser sonst nach ganz anderen Gesichtspunkten aufgebautes Schema der Geisteskrankheiten plötzlich einen rein ätiologischen Einteilungsgrund einschieben, spricht deutlich für die Unzulänglichkeit unserer Kenntnisse auf diesem Gebiete.

Ich will nunmehr zu meinen eigenen Beobachtungen übergehen und auszugsweise acht Fälle von Geistesstörung mit regelwidrigem Verhalten des Liquors mitteilen, deren Beobachtung als abgeschlossen gelten darf. Weitere Fälle befinden sich noch in unserer Beobachtung. Allen diesen Fällen ist gemeinsam, daß sie die Lues bereits vor vielen Jahren akquiriert haben, sich mithin in einem Stadium ihrer Erkrankung befinden, in welchem der Liquordiagnostik derzeit noch entscheidende Bedeutung für die Differentialdiagnose beigemessen wird. Klinisch-diagnostisch zerfallen sie in drei verschiedene Gruppen:



I. Gruppe.

Beobachtung 1. A. K., 43 J. alt, Eisenbahnbeamter, war immer ruhig und etwas schwermütig. Von einer luischen Infektion ist ihm nichts bekannt. 5 Jahre vor der jetzigen Aufnahme erlitt er einen kurzdauernden apoplektischen Insult; nach dem Anfall hatte er durch einige Tage Doppelbilder und eine leichte Parese des linken Armes, sonst keine Lähmungserscheinungen. Er wurde bald wieder völlig gesund und berufsfähig. Nach dem Umsturz im Herbst 1918 wurde er von der jugoslavischen Regierung entlassen, was ihm sehr nahe ging. Er fand zwar in Wien bei der Eisenbahndirektion wieder eine Anstellung, konnte sich aber in die neuen dienstlichen Verhältnisse gar nicht mehr hineinfinden. Er fühlte sich krank und schwach und glaubte nicht mehr genesen zu können. Er klagte, daß er seinem Berufe nicht mehr gewachsen sei und seine Familie nicht mehr erhalten könne. — Aufnahme in die Klinik am 21. V. 1919. Dort die gleichen Klagen, Depression und starke subjektive Hemmung. Schlaflosigkeit. Körperlich normaler Nervenbefund. Liquorbefund: Wassermann +++. Globulinreaktion 1 : 1 und 7 : 18 stark positiv. 27 Lymphozyten, 0 polynukleäre Leukozyten. Gesamt-Eiweiß Nissl 1,0. — Allmähliche Besserung. Wird am 1. VII. 1919 geheilt entlassen. Seither berufsfähig.

Beobachtung 2. M. A., 48 J. alt, Amtsdiener, hat vor 15 Jahren Syphilis akquiriert, eine Schmierkur durchgemacht. Wassermannsche Blutprobe im Juli 1919 negativ. Früher starker Potator. Im November 1919 sollten einige Amtsdiener zu Unterbeamten befördert werden. Pat., dem es damals infolge der Teuerung sehr schlecht ging, fürchtete, daß er nicht unter den Beförderten sein werde. Trotzdem er von seinen Vorgesetzten beruhigende Versicherungen erhielt, steigerte sich seine Aufregung, je näher der Beförderungstermin heranrückte. Am 30. X. benahm sich der bis dahin stets geistesgesunde Pat. sehr auffällig. Er erschien ungerufen in dem Zimmer eines Konsuls und erklärte, daß er von nun an den Konsul kontrollieren müsse. Hierauf blickte er starr und teilnahmlos vor sich hin und war seither völlig sprachlos. Er verstand aber alles, was zu ihm gesprochen wurde. — Aufnahme in die Klinik noch am 30. X. 1919. Vollständig ruhig, schläft gleich in der ersten Nacht sehr gut. Am nächsten Morgen bis auf den Mutismus ohne Auffälligkeiten. Er befolgt alle Aufträge prompt, gibt auf alle Fragen bereitwillig jedoch nur schriftlich Antwort; hierbei zeigt er sich völlig geordnet und orientiert. Über die Gründe seines Schweigens befragt, schreibt er folgendes nieder: „Bitte um 14 Tage Urlaub und 400 Kronen Vorschuß, da ich so nicht leben kann. Keine Kohle, keine Milch, kein Brot für uns arme Staatsangestellte.“ Pupillen beiderseits entrundet, reagieren auf Licht und Akkommodation träge. Sonstiger Nervenbefund normal. Wassermannsche Blutprobe negativ. Liquorbefund: Wassermann negativ. Globulin-



reaktion 1 : 1 opaleszent. 17 Lymphozyten, 0 polynukleäre Leukozyten. Gesamt-Eiweiß 0,1‰. — Am 2. XI. mittags beginnt Patient plötzlich zu reden. Für die Vorgänge vor der Aufnahme ins Spital zeigt er nur summarische Erinnerung. Er weiß nicht anzugeben, warum er nicht gesprochen hat. Weiterhin psychisch unauffällig. Wird am 3. XI. 1919 geheilt entlassen.

Beobachtung 3. M. T., 35 J. alt, Bedienerin. Lues vor 13 Jahren. Seither mehrere Rezidive. Letztes Exanthem vor einem Jahre. Wiederholte Hg-Kuren. Pat. gilt als „nervös". Sie sei furchtsam, schrecke leicht zusammen, gerate beim geringsten Verdruß in zornige Erregung und bekomme dann kurzdauernde Zuckungen ohne Bewußtseinsverlust. Nie Zungenbiß, nie Secessus urinae. Pat. schläft schlecht, schreit nachts häufig auf. Ihren Mann quält sie mit Eifersucht. Manchmal hat sie Angstanfälle, glaubt, daß ihr Leute nachgehen. Schon mit 26 Jahren Menopause. Am 22. XI. 1919 hatte sie mit ihrem Gatten aus nichtiger Ursache einen Streit. Sie geriet dabei völlig außer sich, schrie und fluchte fast die ganze folgende Nacht, bedrohte ihre Kinder mit einer Hacke, suchte sich dann aus dem Fenster zu stürzen. Am nächsten Tage konnte sie sich bei der polizeiärztlichen Untersuchung an diese Vorfälle nicht mehr erinnern. — In der Klinik, wohin sie am 23. XI. 1919 gebracht wurde, zeigte sie sich ruhig und orientiert. Für den Auftritt am 22. XI. blieb sie amnestisch. Sonst bot sie keinerlei Auffälligkeiten. Körperlich: Linke Pupille lichtstarr, reagiert auch auf Akkommodation nur träge, rechte Pupille reagiert auf Licht und Akkommodation prompt. Im übrigen normaler Nervenbefund. Liquorbefund: Wassermann bei 0,02 positiv. Globulinreaktion 1 : 1 trüb, 56 Lymphozyten, 0 polynukleäre Leukozyten. Gesamt-Eiweiß 0,3‰. Pat. wurde, da auch die weitere Beobachtung keine Zeichen manifester Geistesstörung ergab, am 20. XII. 1919 nach Hause entlassen.

Beobachtung 4. J. L., 35 J. alt, Handelsmann. Schlechter Leumund. Pat. gilt als faul und leichtsinnig. Seine Frau vernachlässigt er, will sich von ihr scheiden lassen, hält sich eine Geliebte, für die er viel Geld ausgibt. Eifriger Hazardspieler, verlor große Summen. Mit seinem Geschäftsteilhaber hatte er häufig Differenzen. Wenn er sich über etwas aufregte, was bei ihm sehr oft der Fall war, trat ihm Schaum vor den Mund und er bekam blaue Lippen. Oft drohte er sich aufzuhängen oder seine Frau und sich zu erschießen. In letzter Zeit war er sehr schweigsam, klagte häufig über Kopfschmerzen. Am 30. IX. abends verließ Pat. ohne vorausgegangenen Streit seine Wohnung, während seine Frau ihre Niederkunft erwartete. Die Frau wurde dann in Abwesenheit des Pat. von dessen Bruder in ein Entbindungsheim gebracht, wo sie eine Stunde nach der Ankunft niederkam. Pat. kehrte erst am nächsten Morgen in seine Wohnung zurück, wo ihn sein Bruder von der inzwischen erfolgten Niederkunft seiner Frau benachrichtigte. Pat. vergaß aber diese Mitteilung sofort



wieder und fragte nach einer kurzen Weile seinen Bruder, was mit seiner Frau los sei, und wo sie sich befinde. Wo er die Nacht zugebracht hatte, konnte er nicht angeben. Der Bruder des Pat. meint, daß dieser wieder in der Nacht irgendwo gespielt haben müsse, weil ihm 800 Kronen von seiner Barschaft fehlten. Pat. habe von dem Augenblick seiner Rückkehr in die Wohnung den Eindruck eines Geistesgestörten gemacht. Trotzdem er seine Frau am 1. X. in Gesellschaft seines Bruders in dem Entbindungsheim besucht hatte, wußte er doch nicht, wo seine Frau sei, und fragte immer wieder nach ihr und dem Kinde. In den folgenden Tagen habe er fast nichts gegessen, sei den ganzen Tag im Bette gelegen und habe wenig gesprochen. An die Vorfälle in der kritischen Nacht erinnert er sich nicht. Seine Geliebte gibt an, Pat. hätte immer behauptet, daß er von seiner Frau geschieden sei. Er zeigte (offenbar gefälschte) Briefe, in welchen von der erfolgten Scheidung die Rede war. Um die Täuschung besser durchführen zu können, hielt er sich auch eine separierte Wohnung. Einen Betrag von 1100 Kronen, welchen ihm seine Geliebte anvertraut hatte, verwendete er für sich. — Aufnahme in die Klinik am 4. X. 1919. Während des Examens weint er wiederholt, angeblich, weil er sich über seinen Zustand kränke. Er wiederholt häufig, daß er nicht wisse, was mit ihm los sei, ob er etwas angestellt habe, warum er denn hergebracht worden sei. „Was ist denn mit mir? Ich weiß nicht, was mit mir vorgeht. Sonst bin ich ganz vernünftig. Warum ich hier bin, wo ich bin, weiß ich nicht. Wie bin ich denn hierher gekommen?" Auf die Frage, wie lange er verheiratet sei, beginnt er lange nachzudenken und schließlich zu weinen, weil er es nicht wisse. Auch seine sonstigen Generalien vermag er nicht anzugeben. Beim Kopfrechnen dagegen macht er keine Fehler, antwortet auch bei schwereren Aufgaben prompt. Keine Sprachstörung. Luische Infektion wird negiert. Pupillen gleich, etwas entrundet, reagieren träge. Sonst normaler Nervenbefund. Wassermannsche Blutreaktion positiv. Liquorbefund: Wassermann bei 0,1 positiv. Globulinreaktion 1 : 1 stark opaleszent. 32 Lymphozyten, 0 polynukleäre Leukozyten. Gesamt-Eiweiß 0,25 ‰. — 15. X. Pat. berichtet, daß er bald nach der Hochzeit ins Feld mußte. Als er dann nach 13 Monaten wieder nach Wien zurückkam, wurde er von seiner Frau und deren Verwandten geringschätzig behandelt und von seiner Frau vernachlässigt. Es kam zu Mißhelligkeiten mit der Frau, die schließlich zur Scheidung führen sollten. Nach dem ersten Versöhnungsversuch gab aber Pat. den Scheidungsgedanken auf, weil seine Frau in der Hoffnung war. Pat. hatte infolge dieser Mißhelligkeiten ein Verhältnis mit einer anderen Person angeknüpft. Über die kritische Nacht kann er gar nichts angeben. Daß er über Nacht ausgeblieben sei, will er damit erklären, daß er wahrscheinlich geschäftlich verreist war; das sei öfters vorgekommen. Daß er höher gespielt hätte, leugnet er. Er habe nur Domino gespielt, die Partie um 20—40 Heller. Geschäftlich sei er bis in die letzte Zeit tätig gewesen. — 18. X. Pat. klagt



über Schlaflosigkeit. Er mache sich Vorwürfe wegen seiner Untreue; er wisse nicht, was mit seiner Frau sei, wie es dem Kinde gehe. — 23. X. Heute gibt die Geliebte des Pat. an, daß dieser am kritischen Abend mit ihr im Theater gewesen sei und sie hierauf in ihre Wohnung begleitet habe. Dort sei er eingeschlafen. Später habe er beschlossen, nach Hause zu gehen; offenbar sei er auf dem Heimwege irgendwie aufgehalten worden. An alle diese Ereignisse vermag sich Pat. nicht zu erinnern. — 6. XI. Zufällig treffen sich heute die Frau und die Geliebte in der Klinik. Pat. gibt sein Doppelverhältnis zu, zeigt dabei Zeichen tiefster Reue; er will keine der beiden Frauen bloßstellen, nimmt aber entschieden für seine Geliebte Partei, sowie die Frau heftig gegen sie wird. — 7. XI. Die Erinnerung an diese Szene bleibt auch in ihren Einzelheiten erhalten; Pat. behält jetzt auch die anderen Erlebnisse des Alltags, doch vermag er über die Ereignisse der kritischen Tage auch jetzt noch keine Auskunft zu geben. Eine genaue Abgrenzung der Erinnerungslücke gelingt nicht. — 10. XI. Pat. klagt über Schlaflosigkeit; er mache sich Gewissensbisse. Dabei ist Pat. jedoch auch bestrebt, die guten Seiten seines Charakters ins rechte Licht zu setzen. An dem ehelichen Zerwürfnis trage nicht er allein die Schuld, auch seine Frau habe ihren Teil daran. — 16. XI. Pat. schläft trotz Luminal schlecht. Um 1 Uhr früh wache er auf, dann quäle er sich mit Selbstvorwürfen ab. Er kränke sich aber auch, weil er sich von seiner Frau zurückgesetzt fühle. Sein Gedächtnis sei bereits besser geworden. Er könne sich jetzt schon alles merken, müsse sich nichts mehr aufschreiben. — 20. XI. Andauernd psychisch vollständig frei. Bis auf die Erinnerungslücke, welche unverändert bleibt, keinerlei Auffälligkeiten. — 22. XI. Wird heute geheilt nach Hause entlassen.

Zusammenfassung. Bei allen Fällen dieser Gruppe handelt es sich um psychogen determinierte Geistesstörungen, und zwar bei Fall I um einen psychogenen Depressionszustand, bei Fall II um einen hysterischen Mutismus, bei Fall III um eine Hysterica mit Krampfanfällen und einem pathologischen Affekt und bei Fall IV um einen hysterischen Dämmerzustand mit nachfolgender Amnesie. Der psychische Konflikt, der zu der Erkrankung geführt hat, liegt in allen Fällen klar zutage.

Fall II und Fall III haben vor 13 resp. 15 Jahren Lues akquiriert. Im Fall I und Fall IV wird die erfolgte luische Infektion durch den Ausfall der Liquordiagnostik bewiesen, in Fall IV überdies noch durch die positive W.-R. im Blute.

Manifeste körperliche Symptome eines aktiven luischen Prozesses im Bereiche des Zentralnervensystems waren in keinem Falle vorhanden. Fall I zeigte einen völlig normalen Nervenbefund, die übrigen

drei Fälle waren bis auf mehr minder starke Pupillenstörungen, die bei Abwesenheit aller sonstigen Symptome am ehesten als Resterscheinungen des alten luischen Prozesses imponieren, gleichfalls körperlich völlig gesund.

Der Ausfall der Liquordiagnostik war in sämtlichen Fällen ein deutlichpositiver. Fall I, III und IV hatten positive W.-R. im Liquor, Fall III sogar schon bei 0,02! Nonnes Phase I war bei allen vier Kranken vorhanden, desgleichen fehlte in keinem Falle eine pathologische Lymphozytose. Endlich zeigte Fall I noch eine starke Ges.-Eiweißerhöhung.

Alle vier Fälle gingen nach kurzer Dauer in völlige Heilung über. Die psychische Genese, die Symptomatologie der Fälle, ihr rascher Verlauf und der günstige Ausgang lassen wohl keinen Zweifel darüber bestehen, daß es sich um funktionelle Krankheitsfälle handelt, die mit der Lues in keinerlei ursächlichem Zusammenhang stehen.

Für die Differentialdiagnose dieser vier Fälle hatte also der positive Ausfall der Liquorreaktionen keinerlei Bedeutung.

Ob die positiven Liquorreaktionen in diesen Fällen auf irgendwelche okkulte organisch-luische Veränderungen zurückzuführen sind, wie dies *Plaut* u. a. bei ihrem Material behauptet haben, kann wohl niemand sagen. Das sind Vermutungen, die sich nicht beweisen lassen. Für die Diagnostik und Prognostik der aktuellen Erkrankung sind sie übrigens, wie wir gesehen haben, bedeutungslos.

II. Gruppe.

Beobachtung 5. J. S., 36 J. alt, Kaufmann, hat mit 23 Jahren Lues akquiriert, verschiedene spezifische Kuren durchgemacht. Sein Vater starb in der Irrenanstalt K. Näheres über die Erkrankung des Vaters konnte nicht in Erfahrung gebracht werden. Unter den Vettern des Pat. befinden sich noch einige Geisteskranke. In den letzten Jahren vor der Aufnahme in die Klinik hatte Pat. große geschäftliche Aufregungen durchzumachen. Am 14. V. 1917 wurde Pat. von der Polizei in die Klinik gebracht, weil er sich auf der Straße völlig entkleidet hatte. Während seines ersten Aufenthaltes in der Klinik bot er das Bild schwerer motorischer und sprachlicher Hemmung. Wenn er überhaupt antwortete, so redete er völlig irre. Schon auf die üblichen Orientierungsfragen erwiderte er mit ganz konfusen Sätzen. Seine spärlichen Bewegungen erfolgten ruckweise, immer erst nach Überwindung einer gewissen Hemmung. Die



körperliche Untersuchung ergab differente Pupillen, rechts unausgiebige, links fehlende Lichtreaktion, sonst normalen Nervenbefund. — Pat. wurde am 17. V. 1917 in die Irrenanstalt St. transferiert, von wo er nach 14 Tagen in häusliche Pflege entlassen wurde. — Am 19. I. 1918 stellte sich Pat. wieder auf der Klinik vor. Er gab bei der retrospektiven Befragung über die durchgemachte Erkrankung an, daß er damals Stimmen gehört habe. Die Stimmen hätten von alten Dingen gesprochen; es seien Stimmen von Bekannten gewesen. Seit 4 Wochen höre er keine Stimmen mehr. Pat. zeigte bei der ambulatorischen Untersuchung Krankheitseinsicht und geordnetes Verhalten. Seine Frau allerdings gab an, daß ihr Mann seit der Entlassung aus der Irrenanstalt ganz apathisch geworden sei. Er sitze stundenlang in stummem Vorsichhinbrüten da. Oft gebe er ganz verkehrte Antworten, die in gar keinem Zusammenhange mit den an ihn gerichteten Fragen stehen. Eine bei dieser ambulatorischen Untersuchung vorgenommene Wassermannsche Blutprobe ergab ein negatives Resultat. — Am 23. II. 1918 wurde Pat., dessen Zustand sich inzwischen wieder verschlimmert hatte, über Ersuchen seiner Frau neuerlich in die Klinik aufgenommen. Dort war er wieder äußerunglos, in sich versunken. Hin und wieder nur murmelte er ein Wort als Reaktion auf die Fragen. Nach einigen Tagen wurde er in seinen Antworten relativ wortreicher, begann auch lebhafter herumzublicken. 20. III. 1918 Examen: Es gehe ihm gut. Er wisse, wo er sich befinde; er bleibe nur zur „laboratorischen Verhandlung" da, dann gehe er wieder nach Hause. Jetzt sei es schon viel besser. Früher habe er immer lachen müssen ohne es zu wollen. Dann habe er wieder zeitweise das Reden nicht leiden können. „Mich ärgert das immer; meine Frau spricht immer so viel auf mich." Die Leute hätten auch immer so viel geschrien. Keine Sprachstörung. „(6 × 12?) Das rechne ich nicht, solche Rechnungen." Andere Rechnungen werden gut gelöst. Liquorbefund: Wassermann bei 0,2 positiv. Globulinreaktion 1 : 1 positiv, 7 : 18 negativ. Lymphozyten 19, polynukleäre Leukozyten 0. Gesamt-Eiweiß Nissl 1,5‰. — 23. III. 1918. Pat. wird gebessert nach Hause entlassen. Im November 1918 fiel die Wassermannsche Blutprobe wieder positiv aus. Trotz Hg.- und Neosalvarsan Injektionen ergab eine neuerliche Blutprobe im Januar 1919 das gleiche Resultat. — Anfang Februar 1919 wurde Pat. erregt, verlangte, daß jedermann sich um ihn bemühe und ihm zu Diensten stehe. „Alle müssen mir gehorchen, wie die Rekruten." Pat. äußerte Größenideen, rühmte sich, Kompagnon der Länderbank geworden zu sein. Die Nächte verbrachte er gewöhnlich schlaflos mit Zigarettenrauchen. Am 17. II. 1919 wurde Pat. in ein Sanatorium aufgenommen, von wo er wegen exzessiven Verhaltens am 4. III. 1919 zum drittenmal in die psychiatrische Klinik verlegt wurde. — Während seines dritten Aufenthaltes war er fast andauernd in hochgradig manischer Erregung. Er zeigte starken Rede- und Bewegungsdrang sowie sehr labile Stimmungslage, so daß Heiterkeit, Zorn und Weinerlichkeit



unaufhörlich wechselten. Dabei waren seine sprachlichen Äußerungen der jeweiligen Stimmungslage nicht immer adäquat. Manchmal zeigte er ideenflüchtige Verworrenheit, manchmal trugen seine sprachlichen Äußerungen das Gepräge des Wortsalates. Eine gewisse Tendenz zu raptusartigen Handlungen war unverkennbar, wenn auch Pat. im allgemeinen noch eine gewisse Lenkbarkeit zeigte. Größenideen wurden nie produziert, das Gegenteil war oft der Fall. Mitten in einem Zornausbruch beginnt Pat. plötzlich zu weinen, sich an die Brust zu schlagen und zu jammern: „Ich bin der schlechteste Mensch, ich bin nicht wert, auf dieser Klinik zu sein, bitte bringen Sie mich um" u. dgl. m. Zugleich beginnt er die Personen seiner Umgebung zu erhöhen: „Sie sind der beste Mensch, der beste Arzt auf der Welt" u. sw. Einmal versuchte sich Pat. an einem Fensterkreuz zu erhängen. Als er daran gehindert wurde, zeigte er nicht die geringste Erregung. Als Grund des Suizidversuches gab er Ärger über die verweigerte Entlassung an. — Die Liquoruntersuchung wurde zweimal durchgeführt, am 8. III. und am 15. X. Die W.-R. im Liquor fiel beide Male bereits bei 0,1 positiv aus, auch Nonnes Phase I war deutlich vorhanden. Die Lymphozytenzahl war 46 resp. 31. — In körperlicher Hinsicht trat keine Veränderung ein. Sprachstörung wurde nie konstatiert. Pat. wurde am 12. Dezember 1919 ungeheilt in die Irrenanstalt St. versetzt.

Beobachtung 6. J. K., 32 J. alt, Motorführer, hat laut Mitteilung seines Bruders als Kind Fraisen gehabt. Später litt er bis zu seinem 12. Lebensjahre an Anfällen, welche durchschnittlich alle 3 Monate wiederkehrten. Pat. bekam erst einen eigentümlich starren Blick, dann stürzte er bewußtlos zusammen. Niemals Krämpfe. Als Erwachsener litt er an Schwindelanfällen, welche jedoch nur dann auftraten, wenn er etwas getrunken hatte. Dabei war Pat. jedoch sehr mäßig, nie betrunken. Es genügte aber schon eine ganz kleine Alkoholmenge, um bei ihm einen solchen Schwindelanfall hervorzurufen. 1913 infizierte er sich mit Lues und wurde mit Hg-Injektionen behandelt. Anfang Oktober 1918 erkrankte er an Grippe. Im Anschlusse daran stellten sich Zeichen von Geistesstörung ein. Pat. bekam plötzlich einen Tobsuchtsanfall, zerschlug mehrere Fensterscheiben, wollte aus dem Fenster springen und ging mit einem Messer gegen seine Familie los. Er wurde deshalb am 12. X. 1918 in die psychiatrische Klinik eingeliefert. Dort war er zeitlich und örtlich desorientiert. Er sei hereingebracht worden, weil er von der „Ehrlichschen Krankheit" ganz ausgehungert sei. Die böhmischen Nachbarsleute hätten ihm den Magen ausgebrannt. Man habe ihm das Blut ausgezogen und in die Luft geführt. Er höre immer Musik, Gesang und dazwischen Schießen. Man ziehe ihm Omeletten aus dem Rückenmarke, bohre ihm den Rücken aus, habe ihm die Füße abgeschnitten und statt ihrer Hölzer oder Schienen eingezogen. Pat. beschrieb auch viele optische Halluzinationen. Körperlich zeigte er normalen Nervenbefund. — In den nächsten Tagen traten die Sinnestäuschungen zurück, Pat. wurde allmählich freier, die Orien-



tierung stellte sich wieder ein. Für das abgelaufene Delirium zeigte Pat. Krankheitseinsicht. Am 21. X. 1918 wurde er geheilt entlassen. — Nach seiner Entlassung war er ganz normal. Er blieb bis zum 12. I. 1919 völlig gesund. An diesem Tage hatte er während seines Dienstes einen Anfall. Er begann plötzlich zu zittern, blickte starr vor sich hin und fiel nach rückwärts. Er war kurze Zeit bewußtlos, dann erhob er sich und versah seinen Dienst wieder weiter. Am Abend war er müde, blieb aber nachts schlaflos. Am nächsten Tage begann er plötzlich irre zu reden, abwechselnd zu lachen, zu weinen und zu singen. — 2. Aufnahme in die Klinik am 14. I. 1919. Dort bot er zunächst das Bild eines katatonen Erregungszustandes mit Jaktationen, sinnlosem Schreien, Stereotypien und Grimassen. Dieser Zustand hielt etwa eine Woche an, dann wurde Pat. ruhiger. — 21. I. Examen: Er sei von den Toten wieder auferstanden; man habe ihn erwürgt. Später sei er wieder lebendig geworden. Er wisse das, weil ihm das eine Stimme sage. — 24. II. Seit 2 Wochen völlig geordnet und orientiert. Keine Halluzinationen. Für die Vorgänge während der abgelaufenen Psychose zeigt er sehr gute Erinnerung. Warum er sich so benehmen mußte, kann er nicht sagen. Er habe sich so benehmen müssen. Er sieht vollkommen die Krankhaftigkeit dieses Zustandes ein, spricht darüber sehr verständig. Intelligenzdefekte sind nicht nachweisbar. — Anfang März 1919 wird Pat. abermals erregt. Nachts singt er oder imitiert Tierstimmen. Er glaubt in ein Pferd verwandelt worden zu sein. In den nächsten Tagen verschlimmerte sich der Zustand des Kranken wieder. Er wurde total verworren und halluzinierte lebhaft. Zwischendurch lag er manchen Tag stuporös-negativistisch da. Mitte März schwanden diese Krankheitssymptome wieder völlig, und Pat. bot bis auf leichte sprachliche Hemmung keine Auffälligkeiten. Er schilderte wieder genau das abgelaufene Delir, erzählte, daß er Stimmen gehört und Szenen aus seiner Jugendzeit gesehen habe. Am 2. IV. Nachmittag wird Pat. plötzlich ganz blaß und steif. Er beginnt zu singen und groteskrhythmisch zu marschieren. Nachher ist er etwas schwerbesinnlich, sonst geordnet. Von dem Anfalle weiß er bloß, daß ihm schlecht geworden sei. Was nachher geschah, kann er nicht angeben. Am 23. V. wurde Pat. in die Irrenanstalt St. versetzt. — Aus der zweiten Krankheitsgeschichte ist noch das merkwürdige Verhalten der Pupillen hervorzuheben. Solange Pat. ruhig und geordnet war, reagierten die Pupillen zwar nicht maximal, aber doch deutlich. Sobald sich aber die psychotischen Symptome einstellten, wurde die Lichtreaktion der Pupillen entweder völlig fehlend oder aber die Pupillen reagierten höchstens noch spurweise. Die Wassermannsche Blutprobe fiel am 20. I. 1919 positiv aus. Eine am 21. III. 1919 vorgenommene Lumbalpunktion hatte folgendes Resultat: Wassermann im Liquor negativ (aber auffallend langsame Lyse). Globulinreaktion 1 : 1 trüb. 13 Lymphozyten, 0 polynukleäre Leukozyten. Gesamt-Eiweiß 0,1‰. — Pat. blieb in der Irrenanstalt St. bis 8. VIII. 1919. Hierauf



wurde er gegen Revers nach Hause entlassen. Seine Frau gibt an, daß er sich nach der Entlassung aus der Anstalt im allgemeinen ruhig gezeigt habe. Bloß nachts sang er mitunter. Am 10. Oktober hatte er einen Anfall von Bewußtlosigkeit. Er wurde (alles nach Angabe der Frau des Pat.) hochrot im Gesichte, verdrehte Kopf und Augen nach rechts und hatte leichte Zuckungen im ganzen Körper. Hierauf Schluckbewegungen. Kein Zungenbiß, kein Urinverlust. Dauer der Bewußtlosigkeit 1/2 Stunde. Nachher hatte Pat. noch mehrere Anfälle, bei denen er plötzlich ganz starr vor sich hinblickte und „Wasser schluckte". Dabei griff er wie suchend an seinem Körper herum. Das dauert jedesmal einige Minuten. Nach den Anfällen singt oder pfeift er. Anfangs November 1919 wurde er ganz verloren, gab kaum eine Antwort. In der Nacht vom 21. auf den 22. November wurde er plötzlich sehr heiter, lachte und pfiff. Auf Fragen schreckte er zusammen, ohne zu antworten. Am Morgen des 22. XI. versank er wieder in seine Apathie. Am 24. XI. 1919 wurde Pat. von einem Wachmann auf der Straße angehalten, weil er sich auffallend benahm. Er antwortete weder dem Wachmann noch später dem Polizeiarzt, schenkte den Vorgängen um sich herum keine Beachtung und pfiff stets vor sich hin. Er wurde daher abermals in die Klinik gebracht. 25. XI. 1919 Examen: Ruhig und orientiert, aber deutlich gehemmt, mit einem steifen Lächeln im Gesicht. Er erinnert sich genau an den Vorfall, der zu seiner abermaligen Einlieferung geführt hat. Er habe pfeifen müssen, weil „es" ihn von innen heraus dazu gezwungen habe. Wer dieses „es" ist, kann er nicht sagen. Manchmal höre er auch befehlende Stimmen. Gestern mittag bei seiner Einbringung sei alles gut gewesen. Nachts aber habe es ihn wieder gebeutelt. Er sei an den Füßen gebunden gewesen (was natürlich unrichtig ist), habe nicht los gekonnt. Lacht vergnügt bei dieser Erzählung. — 2. XII. Heute nacht begann der bis dahin ruhige Kranke durch etwa 10 Minuten Lieder zu singen. — 10. XII. Mürrisch, muß zum Essen genötigt werden; antwortet nur auf wiederholtes Drängen. Eigentümlich geschraubte Haltung, manierierter Gang. — 20. XII. Abends ein etwa 2 Stunden dauernder Erregungszustand mit Singen, Schreien und Grimassieren. Pat. ist nicht ansprechbar. — 21. XII. Erinnert sich an den Vorfall vom gestrigen Abend. Kann keine Erklärung für sein sonderbares Verhalten geben. — 24. XII. In den letzten 3 Tagen ruhig, völlig geordnet. Wird seiner Frau über deren Bitte gegen Revers übergeben.

Beobachtung 7. F. R., 33 J. alt, Laborant, stammt von einem trunksüchtigen Vater. Alle seine Geschwister gelten als abnorm. In der Schule hat Pat. gut gelernt, auch später während seiner Lehrzeit nichts Auffallendes geboten. Von seinem 18. bis 20. Lebensjahr beschäftigte er sich viel mit Spiritismus. Im Jahre 1909 infizierte er sich mit Lues. Mehrere Quecksilberkuren. Potator strenuus. 1. Aufnahme in die Klinik am 14. IV. 1919. Pat. wird uns von der Medizinischen Abteilung, wo er



mit Gastritis lag, zutransferiert, weil er Zeichen von Verwirrtheit bot. Im Examen ruhig, geordnet, richtig orientiert. Er sei hergekommen, um Schutz vor seinen Verfolgern zu suchen. Die Leute haben es auf ihn abgesehen, stellen ihm nach, trachten ihm nach dem Leben, wollen ihn erschießen. Das werde ihnen aber bestimmt nicht gelingen. Sie könnten ihn höchstens anschießen, aber nicht töten. Er könne nicht umgebracht werden, weil er eine Gottheit sei und vom Geiste seiner verstorbenen Mutter beschützt werde. Die Leute seien ihm wegen seiner spiritistisch-hypnotischen Kraft feindlich gesinnt. Mittels dieser Kraft könne er jedermann überwältigen. Die Leute, auf die er seinen Blick richte, fallen ohnmächtig zu Boden. Wenn er wolle, dann könne er jede Frau dazu bringen, daß sie ihn lieben und sich ihm beugen müsse. Er sei sehr reich und habe fünf Bräute; das verdanke er alles seinen spiritistisch-okkultistischen Kräften. Affektierter Gesichtsausdruck, manierierte Bewegungen beim Sprechen. Links ziemlich gute, rechts träge und unausgiebige Lichtreaktion. Sonst keine körperlichen Krankheitssymptome. Wassermannsche Blutprobe negativ. Liquorbefund: Wassermann bei 0,1 positiv. Globulinreaktion 1 : 1 trüb, in zehnfacher Verdünnung opaleszent. 32 Lymphozyten, 0 polynukleäre Leukozyten. Gesamt-Eiweiß 0,15 ‰. — Da sich der psychische Zustand des Kranken in den nächsten Wochen trotz energischer spezifischer Therapie nicht änderte, wurde er am 14. VI. 1919 in die Irrenanstalt St. transferiert. Dortselbst bot er das gleiche Zustandsbild wie in der Klinik. Er rühmte sich wieder seiner magnetischen Kraft und seines Einflusses auf die Frauen. Er gefällt sich in hochtrabenden, dabei ganz inhaltleeren oder konfusen Äußerungen. „Der Tod ist ein Übergang vom Wachen zum Schlafen." Von einem Pat. der Irrenanstalt St. behauptet er steif und fest, daß dieser Kranke früher einmal bereits gestorben sei. Während seines Aufenthaltes in der Anstalt war er andauernd ruhig und fügsam. Er beschäftigte sich fleißig mit Gartenarbeiten. Am 5. VIII. wurde Pat. nach Hause entlassen. Er nahm hierauf eine Stelle als Kellner in einer Kriegsküche an. Laut Auskunft einer Bekannten blieb er jedoch auch weiterhin psychisch auffällig. Er klagte immer, daß er unglücklich sei, daß es mit ihm nicht natürlich zugehe, daß er bald wieder in die Klinik kommen werde. Er verspürte häufig einen Blutgeruch und erblickte wiederholt die Erscheinung seiner verstorbenen Mutter, die er dann anzusprechen versuchte. Seinen Bekannten berichtete er auch über Ohnmachtanfälle. Einmal erschien er mit verbundenem Kopf und erzählte, daß er sich die Verletzung auf der Straße im Anfall zugezogen habe. Am 2. XI. 1919 erlitt Pat. in der Kriegsküche, in der er beschäftigt war, einen neuerlichen epileptiformen Anfall. Nachher war er durch 3 Stunden verwirrt. Pat. wurde zuerst in das Spital der barmherzigen Brüder und von da in die psychiatrische Klinik gebracht. Hier war er eigentümlich zerfahren und ungemein leicht ablenkbar. 6. XI. Examen: Er wisse nicht, wo er sich befinde und wielange er hier sei. Ob er schon einmal da-



gewesen sei, könne er auch nicht sagen. Er kenne sich nicht aus, man möge ihm doch sagen, was eigentlich vorgefallen sei. Er könne sich an gar nichts mehr erinnern. Von den während seines ersten Aufenthaltes geäußerten Wahnideen weiß er gar nichts mehr. Er erinnert sich nicht, daß er über Verfolgungen geklagt hätte. Somatisch gegen früher unverändert. Liquorbefund: Wassermann bei 0,1 positiv. Globulinreaktion 1 : 1 trüb, 7 : 18 opaleszent. 21 Lymphozyten, 0 polynukleäre Leukozyten. Gesamt-Eiweiß 0,15 %. — 15. XI. Etwas aufmerksamer als bei der Aufnahme. Er zeigt starkes Bestreben, sich über seinen Zustand und seine derzeitige Umgebung zu orientieren, wobei er ziemlich viel spontan spricht. Er sei in einer Art Traum, kenne sich noch immer nicht aus. Er wisse z. B. nicht, wann und weshalb er hergekommen sei. Pat. klagt immer wieder, daß ihm alles so fremd sei. Alles komme ihm so verändert vor. Pat. wird über seine Anfälle befragt. Er erinnert sich nur ganz schleierhaft an den letzten Anfall, weiß jedoch nichts davon, daß er schon früher Anfälle gehabt hätte. Er erinnert sich auch nicht daran, daß er sich vor einiger Zeit eine Verletzung zugezogen und einen Verband getragen hat. Es stellt sich heraus, daß die Erinnerungsfähigkeit für einen großen Abschnitt seines Lebens beeinträchtigt ist. Er weiß nicht, wo er vor seiner Aufnahme in die Klinik gearbeitet hat, und kann auch seine Adresse nicht angeben. „Ich habe über all das schon nachgedacht, kann mich aber nicht besinnen. Ich bin wie aus einem Traume erwacht." Während des Krieges habe er in Wien und Brünn gedient, die Korporalcharge erreicht. Er sei erst in einer Telegraphenwerkstätte, dann bei einer Fliegerabteilung gewesen. An das Abrüsten erinnert er sich nicht. Er weiß ganz dunkel, daß er sich nach seiner Rückkehr vom Militär eine Wohnung genommen hat, kann aber nicht angeben, wo das war. Auch für seinen Aufenthalt in der Irrenanstalt hat er nur eine ganz summarische Erinnerung; gerade daß er eben weiß, daß er in der Anstalt war. — 20. XI. Pat. ist stets im gleichen. Die Erinnerungstörung ist ganz unverändert. Dabei ist er aber Suggestivfragen gegenüber absolut refraktär. So sehr die Erinnerung für wirklich stattgehabte Ereignisse gestört ist, so entschieden lehnt er es ab, wenn man ihm etwas einreden will, was er nicht wirklich erlebt, gesagt oder getan hat. Konfabulationstendenz ist nicht vorhanden. Zahlen- und Wortreihen, die ihm zum Merken aufgegeben werden, werden prompt reproduziert. — 27. XII. Pat. hat heute nacht zwei epileptiforme Anfälle erlitten. Psychisch bietet er nichts Neues. Für die seinerzeit geäußerten Wahnideen hat er noch immer keine rechte Erinnerung. Nach Vorhalt der diesbezüglichen Stellen der früheren Krankheitsgeschichte meint er: „Ja, ich habe das gesagt, ich erinnere mich so ganz dunkel daran, aber wann und warum und wieso ich das gesagt habe, weiß ich nicht." Auf die Frage, ob er sich noch immer für unverwundbar halte, lacht Pat. und meint: „Wie könnte ich denn einen solchen Unsinn glauben?" — Bis zum Abschlusse dieser Arbeit (Mitte Januar 1920) ist keine Änderung im Krankheitsbilde eingetreten.



Zusammenfassung: Die Diagnose war im ersten Falle (Beob. 5) anfangs nicht leicht. Zuerst dachten wir, von dem positiven Ausfall der Liquoruntersuchung stark beeinflußt, an ein katatones Zustandsbild bei progr. Paralyse. Der weitere Verlauf jedoch, wie er aus der absichtlich ausführlich mitgeteilten Krankheitsgeschichte ersichtlich wird — auf Einzelheiten einzugehen erübrigt sich wohl —, sowie das Fehlen von Sprachstörung und des für progr. Paralyse charakteristischen körperlichen Verfalles (trotz fast dreijährigen Bestandes der Krankheit!) machen es wohl sicher, daß wir es hier mit einer Katatonie zu tun haben. In diesem Falle also hat uns die Liquoruntersuchung nicht nur nicht geholfen, sondern noch mit Anlaß zu der ursprünglichen irrigen Diagnose gegeben.

Auch der zweite Fall (Beob. 6) ist diagnostisch kompliziert. Sicher ist, daß der Kranke schon vor der luischen Infektion an Epilepsie gelitten hat. Allein auch die in Schüben verlaufende Krankheit, welche in den Jahren 1918 und 1919 dreimal seine Aufnahme in die psych. Klinik veranlaßte, gleicht keinem jener Bilder, die als syphilitische Geistesstörung beschrieben worden sind. Desgleichen kann es wohl keinem Zweifel unterliegen, daß diese Krankheit auch keiner der bei Epilepsie bekannten Psychosen entspricht. Wir gelangen so zu der Diagnose einer kombinerten Erkrankung und müssen annehmen, daß der schon seit seiner Kindheit (Fraisen!) an Epilepsie leidende K. später an einer rekurrierenden Katatonie erkrankt ist. Der intermittierende Charakter der Pupillenstörung spricht gleichfalls für diese Diagnose, an welcher wir trotz des positiven Liquorbefundes festhalten müssen.

Im dritten Falle endlich (Beob. 7) haben wir einen Kranken vor uns, der 10 Jahre nach der luischen Infektion an einer Geistesstörung erkrankt ist, die durch fahrigen, sprunghaften Gedankengang, bizarren sprachlichen Ausdruck, manieriertes Verhalten, optische Sinnestäuschungen und zahlreiche teils expansive, teils persekutorische, nicht systematisierte Wahnideen charakterisiert ist. Später, nach einigen epileptiformen Anfällen, kommt es zu einem traumhaft benommenen Zustand, in welchem der Pat. eine gewisse Krankheitseinsicht zeigt. Gegenüber antiluischer Behandlung verhält sich der Zustand refraktär.

Auf Grund der psychischen Erscheinungen, welche der Pat.



anfangs bot, mußte zunächst die Diagnose einer paranoiden Hebephrenie (schizophrenes Paranoid, Dem. paranoides) gestellt werden. Später glich das Krankheitsbild einem epileptischen Dämmerzustand, und jetzt besteht eine eigenartige Geistesstörung, die sich nosologisch nur schwer rubrizieren läßt. Sie erinnert an den ersten der von *Plaut* als „Halluzinose der Syphilitiker" beschriebenen Fälle. Namentlich fallen die weitreichende Krankheitseinsicht und das Bedürfnis des Pat., sich über seinen Zustand zu orientieren, auf. Beides ist bei der Dementia praecox durchaus ungewöhnlich.

Ob die von *Plaut* mitgeteilten Krankheitsgeschichten den Beweis für die nosologische Selbständigkeit der „Halluzinose der Syphilitiker" erbringen, soll hier nicht untersucht werden. *Plaut* selbst hat sich ja diesbezüglich noch sehr reserviert ausgedrückt. Jedenfalls fehlt es noch an einschlägigen anatomischen Untersuchungen, und auch *Bleuler* hat recht, wenn er hervorhebt, daß die *Plaut*schen Fälle von den leichten paranoiden Psychosen der Dementia praecox-Gruppe vorderhand klinisch nicht abzugrenzen sind.

Plaut hat bei dem Falle, der dem unsrigen sehr ähnlich ist, auch die Möglichkeit einer Kombination mit Katatonie in den Bereich seiner Erwägungen gezogen und gemeint, „daß zum mindesten endogene reaktive Mechanismen mit hineinspielen müssen". Für die letztere Annahme spricht in unserem Falle die starke familiäre Belastung des Pat., dessen Geschwister sämtlich als abnorm gelten. Auch muß bedacht werden, daß sowohl der Kranke als auch sein Vater starke Trinker waren.

Es bleibt also noch unentschieden, ob man bei dem Kranken eine *Plaut*sche Halluzinose oder eine Dementia praecox oder eine Kombination beider Erkrankungen diagnostizieren soll. Ich selbst neige der Ansicht zu, daß der Kranke an einer paranoiden Hirnlues leidet.

Ein so hochpositiver Ausfall der W.-R. im Liquor, wie wir ihn in diesem Falle hatten, spricht nach der derzeit noch geltenden Auffassung für Paralyse. Diese Diagnose kommt aber bei unserem Pat. gar nicht in Frage.

III. Gruppe.

Beobachtung 8. J. S., 34 J. alt, Hilfsarbeiter, leidet seit 14 Jahren an typisch epileptischen Krampfanfällen, die besonders nach Genuß von



Alkohol, dem der Kranke reichlich zuspricht, sowie nach Aufregung eintreten. Im Verlaufe der letzten Jahre hat sich seine Psyche stark verändert. Er ist reizbar und launenhaft geworden, beginnt mit den Nachbarleuten aus geringfügiger Ursache Streit, beschimpft seine Frau und droht ihr mit dem Umbringen. Nachts leidet er öfters an Visionen. Seine Intelligenz hat sehr gelitten; besonders auffallend ist seine zunehmende Vergeßlichkeit. Zwei Schwestern des Pat., die gleichfalls an Epilepsie litten, sind in der Irrenanstalt gestorben. Vor 12 Jahren (also zu einer Zeit, da er bereits an Epilepsie litt) infizierte er sich mit Lues. Pat. wird nach gehäuften Anfällen der Klinik übergeben. Bei der Aufnahme in die Klinik am 28. XI. 1919 ist er ruhig, vollständig orientiert. Bezüglich seiner Krankheit bestätigt er die obenstehenden anamnestischen Angaben seiner Frau. Er sei so vergeßlich geworden, daß er alles verlege und dann gar nichts mehr finden könne. 9 × 8 ist 72. 8 × 9 ist 74! 7 × 8 ist 49! 65 – 7 ist 58, 51, 44, 38, 39 usw. Monate in umgekehrter Reihenfolge: Dezember, November, August, Juli, Juni, Mai, April, März, Februar, Januar. Singende, leicht häsitierende Sprache. Häufige Silbenverdoppelungen. Keine Schreibstörung. Die linke Pupille reagiert auf Licht besser als die rechte. Sonstiger Nervenbefund normal. — Die Wassermannsche Blutreaktion ergibt ein positives Resultat. Liquorbefund: Wassermann bei 0,2 positiv. Globulinreaktion 1 : 1 opaleszent. 22 Lymphozyten, 0 polynukleäre Leukozyten. Gesamt-Eiweiß 0,2‰. — Bei der Lumbalpunktion sehr erregt, droht, daß er den Doktoren den Schädel einhauen werde. Er lasse sich nicht so martern. — 1. XII. Epileptischer Anfall: Initialer Schrei, Bewußtlosigkeit, Konvulsionen, Deviation der Bulbi, Pupillenstarre. Nach dem Anfall Erschöpfung und Kopfschmerzen. Vorübergehend P. S. R. und A. S. R. l. > r. — Während seines weiteren Aufenthaltes in der Klinik blieb Pat. anfallfrei. Er half bei den häuslichen Arbeiten fleißig mit, vertrug sich mit den anderen Kranken recht gut. Seine Stimmung war andauernd läppisch-euphorisch. Im übrigen zeigte er außer seiner Demenz keine psychischen Krankheitssymptome. Die Sprachstörung schwand schon nach einigen Tagen fast gänzlich. Eine Wiederholung der Liquordiagnostik ergab dasselbe Resultat wie bei der ersten Untersuchung. Pat. wurde, da er keine Zeichen manifester Geistesstörung bot, nach mehr als sechswöchiger Beobachtung gegen Revers nach Hause entlassen.

Zusammenfassung: In diesem Falle haben wir einen trunksüchtigen Epileptiker vor uns, dessen konvulsive Anfälle schon vor der luischen Infektion auftraten. Sie entstanden auf Grund einer schweren familiären Belastung und wurden durch Alkohol ausgelöst. Im Laufe der Jahre entwickelte sich bei dem Kranken eine schwere Demenz, außerdem stellten sich die bekannten Zeichen der epileptischen Charakterveränderung ein. Bei der Aufnahme, die nach gehäuften An-



fällen erfolgte, bestand auch eine Sprachstörung, die im Gegensatze zur paralytischen Dysarthrie nur flüchtigen Charakter hatte.

Anfangs ließ die Trias der Symptome: Demenz, Sprachstörung und positiver Liquorbefund das Vorhandensein einer progressiven Paralyse vermuten. Die weitere Beobachtung widerlegte jedoch diesen Verdacht.

Die im vorstehenden mitgeteilten acht Krankheitsgeschichten rechtfertigen wohl den eingangs dargelegten Standpunkt in der Beurteilung des differential-diagnostischen Wertes positiver Liquorbefunde bei spätlatenten Syphilitikern. Man muß dagegen Stellung nehmen, daß eine in der Spätlatenz der Lues auftretende Psychose bloß deshalb als „syphilitische Geistesstörung" erklärt wird, weil die Liquorreaktionen ein positives Resultat ergeben haben. Ein solcher Befund gibt uns einen sehr wertvollen Fingerzeig, in welcher Richtung sich unsere diagnostischen Erwägungen bewegen müssen, er enthebt uns aber nicht der Pflicht, auch die übrigen für die Diagnose wichtigen Symptome gebührend zu würdigen. Die psychiatrische Diagnose solcher Fälle wird sich wohl auch weiterhin in erster Reihe auf die klinische Beobachtung der Kranken gründen müssen, neben welcher die Liquormethoden nur die Bedeutung eines Hilfsmittels besitzen, eines wertvollen Hilfsmittels zwar, aber immerhin nur eines Hilfsmittels. Wir dürfen auch nicht vergessen, daß uns die Liquoruntersuchung zwar Aufschluß zu geben vermag über die Veränderungen in den Hirnhäuten, daß sie uns aber nichts über den Zustand des Gehirns selbst sagt.

Wir haben vorhin dargelegt, daß wir schon in der Verwendung des ätiologischen Sammelbegriffes „syphilitische Geistesstörung" als diagnostischer Bezeichnung ein Eingeständnis unserer unzulänglichen klinischen Kenntnisse auf diesem Gebiete erblicken. Dazu kommt noch, daß das Operieren mit diesem zum Range einer Diagnose emporgehobenen ätiologischen Begriff zu einem weiteren Irrtum führt. Als syphilitische Geistesstörungen bezeichnen wir heute Erkrankungen, welche ausschließlich aus luischer Ursache entstehen, bei welchen also die vorausgegangene syphilitische Infektion unerläßliche Voraussetzung ist. Daneben treffen wir aber bei den Syphilitikern eine ganze Anzahl von Geisteskrankheiten an, welche auch bei anderen Menschen



aus allen möglichen sonstigen — teils bekannten, teils unbekannten — Ursachen entstehen können. Wir sind nun in diesen Fällen gewiß nicht ohne weiters berechtigt, in der vorausgegangenen Syphilis einen für die Entstehung der Psychose bedeutunglosen Zufall zu erblicken. Eine solche Ansicht würde sich auch mit unserer Auffassung der Syphilis als Allgemeinerkrankung schwer vertragen.

Vielleicht gelangen wir, wenn wir diesen Gedanken weiter verfolgen, zumindest zu einer ganz plausiblen Erklärung für das Positivwerden der Liquorreaktionen bei jenen latenten Spätsyphilitikern, die an einer nicht spezifischen organischen Geistesstörung erkrankt sind. Es ist eine heute allgemein anerkannte Tatsache, daß am Nervensystem sehr vieler Syphilitiker schon im frühen Sekundärstadium pathologische Veränderungen stattfinden, welche in zahlreichen Fällen ausheilen. Man kann sich nun vorstellen, daß diese alten Krankheitsherde wieder aktiviert werden, wenn ein neuer organischer Krankheitsprozeß das Nervensystem ergreift. Auf diese Art könnte der Liquor eines latenten Luikers bei einer späteren nicht spezifischen organischen Erkrankung wieder positiv werden.

Natürlich ist diese Ansicht nur eine Hypothese; wir kennen aber aus der Pathologie des Nervensystems Vorgänge analoger Art, welche zur Stütze dieser Hypothese herangezogen werden können. Aus Beobachtungen von *Alzheimer*[1]) und *Mendel*[2]) wissen wir, daß ein nicht spezifischer organischer Prozeß, welcher ein luisch durchseuchtes Nervensystem ergreift, auch zu einer Verstärkung der spezifisch luischen Veränderungen führen kann. *Alzheimer* hat einen Fall von Gliom bei einem Paralytiker beschrieben, welcher die stärksten paralytischen Veränderungen in der Umgebung des Tumors zeigte. *Mendel* wiederum fand bei Paralytikern, die ein schweres Schädeltrauma erlitten hatten, das Maximum des paralytischen Krankheitsprozesses in der Umgebung der Hirnnarben. Einen ähnlichen Vorgang können wir für die organischen Fälle in unserem Material (Gruppe II und III) vermuten.

Wir dürfen wohl annehmen, daß sich in den Fällen von Kombi-

[1]) *Alzheimer*, Histologische Studien zur Differentialdiagnose der progressiven Paralyse. Histologische und histopathologische Arbeiten, herausgegeben von *Nissl*, I. Bd. Jena 1904.

[2]) *Mendel*, Die progressive Paralyse der Irren. Berlin 1880.



nation eines spezifisch-luischen Prozesses mit einer anderweitigen organischen Erkrankung des Zentralnervensystems eine wechselseitige Beeinflussung der beiden Krankheitsvorgänge herstellt. Daß der luische Prozeß durch die anderweitige organische Erkrankung verstärkt wird, ist eine anatomisch bewiesene Tatsache. Umgekehrt wird aber die hinzugetretene, nicht spezifische organische Erkrankung in einem luisch geschädigten Gehirn geringeren Widerstand finden als n einem völlig gesunden.

Daß die große Bedeutung der Syphilis als nicht-spezifischer Ursache bei den verschiedensten Psychosen jetzt weniger gewürdigt wird als früher, ist ein Nachteil jener Denkrichtung, die sich infolge der Überwertung der Laboratoriumsmethoden bei manchen Vertretern der neueren Psychiatrie entwickelt hat.

Beiträge zur Kenntnis der Involutionsparanoia[1]).

Von

Paul Bohnen.

Die Elementarerscheinungen der im Jahre 1912 von *Kleist* aufgestellten Involutionsparanoia sind: eine Veränderung der Affektlage im Sinne eines mißtrauischen, aber auch in mannigfachen anderen Nuancen erscheinenden, expansiv-depressiven Mischaffektes; Mißdeutungen, Erinnerungstäuschungen und Illusionen in der Richtung der herrschenden Affekte; eine eigenartige Denkstörung, die sich als Verbindung von Denkhemmung und Haften mit Ideenflucht darstellt. Ein Teil der Kranken hatte auch Halluzinationen, ganz überwiegend Gehörstäuschungen. Dazu kommt eine Wahnbildung, die in ihrer jeweils verschiedenen Form ein Ergebnis des Zusammenwirkens jeweils mehrerer der einzelnen Elementarstörungen darstellt. Die Entwicklung der Krankheit vollzieht sich bald ganz allmählich, bald im Wege eines einmaligen oder mehrmaligen raschen Anstiegs der Krankheitserscheinungen. Der Ausbruch der Erkrankung ist an die Zeit der sexuellen Involution geknüpft, d. h. sie begann in *Kleists* Fällen zwischen dem 40. bis 52. Lebensjahr. Die Krankheit erwächst auf dem Boden einer besonderen psychopathischen Anlage, der „hypoparanoischen Konstitution", und erscheint als eine Steigerung derselben. Sie ist bei Frauen weitaus häufiger als bei Männern. Die Ursache vermutet *Kleist* in den mit dem Versiegen der Funktionen der Sexualorgane zusammenhängenden innersekretorischen Verschiebungen, gegen welche die hypoparanoisch Veranlagten wahrscheinlich empfindlicher seien als andere Menschen. Ein organisch-destruktiver Gehirnprozeß kann nach *Kleist* der Erkrankung nicht zugrunde liegen, denn

[1]) Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik Rostock-Gehlsheim (Direktor: Prof. Dr. *Kleist*).



Defekterscheinungen (geringe Merkschwäche) traten nur in einem Drittel der Fälle und dann auch erst nach 9—20 Jahre langem Bestande der Krankheit auf. Nachweisliche Arteriosklerose der Hirngefäße, die zu Schlaganfällen führte, fand sich nur in zwei Fällen, beide Male auch erst ca. 10 Jahre nach Beginn des Leidens (Fälle 1 und 2). Damit wollte *Kleist* nicht ausschließen, daß die der Involutionsparanoia zugrunde liegenden Gehirnveränderungen organischer Natur seien, nur konnten sie nicht destruktiver Art sein, wie die Veränderungen der senilen Demenz und Arteriosklerose. Sie sind vermutlich in demselben Sinne organisch wie physiologische Wachstums- und Rückbildungsvorgänge am Gehirn, die den Ablauf des ganzen Lebens eines Individuums begleiten. Auf die Verwandtschaft der Involutionsparanoia zur manisch-melancholischen Krankheitsgruppe, besonders zu den Depressionszuständen des höheren Lebensalters, wird nachdrücklich hingewiesen.

Das Vorkommen des von *Kleist* beschriebenen Krankheitsbildes wurde in der Folgezeit von der Mehrzahl der Forscher, die sich mit der Frage beschäftigten, anerkannt. Das Wesen der Erkrankung wurde jedoch z. T. in andrer Weise, als es von *Kleist* geschah, zu erklären gesucht.

So sprach sich bereits *Rehm* in seinem Referat über die Arbeit für einen organisch destruktiven Prozeß aus, indem er das Haften der Kranken als ein für Arteriosklerose typisches Symptom auffaßte.

Besonders nahm *Seelert* zur Frage der Involutionsparanoia Stellung und bezeichnete in einer ersten Arbeit (1914) die *Kleist*sche Annahme über die Entstehung der Involutionsparanoia als eine „unwahrscheinliche Hypothese“. Den Nachweis der hypoparanoischen Anlage erkannte er an, glaubte aber, daß dieselbe nur dem Symptomenbild die Richtung gäbe. „Das paranoide Krankheitsbild ist eine Reaktionsform des Gehirns auf den organischen Krankheitsprozeß, bedingt durch die endogene Veranlagung.“ Die Verwandtschaft der Involutionsparanoia mit den manisch-depressiven Erkrankungen lehnte er damals noch ab, gab sie aber in einer neueren Arbeit (1919) zu. Dem endogenen Faktor der besonderen Veranlagung räumt er jetzt auch hinsichtlich der Pathogenese gleiche Bedeutung ein, wie dem außerdem angenommenen „exogenen“ Faktor, über den er — sich ebenfalls *Kleist* nähernd — schreibt: „Es ist wahrscheinlich, daß wir es bei diesen paranoiden Psychosen ebenso mit organischen Gehirnprozessen zu tun haben, die dem höheren Lebensalter eigentümlich sind. Es sind das physiologische und pathologische Gehirn-





involutionen und Arteriosklerose. Daneben mögen gelegentlich auch andersartige Gehirnprozesse die gleiche Wirkung ausüben" (a. a. O. S. 50).

Albrecht ist mit *Kleist* der Ansicht, daß der präsenile Beeinträchtigungswahn im Sinne *Kräpelin*s den vorliegenden Bildern zwar verwandt, aber sehr selten zu finden sei, wenn überhaupt dieser Krankheitsbegriff aufrechtzuerhalten sei. Seine Beobachtungen stimmen im großen und ganzen mit denen von *Kleist* überein. Für die „hypoparanoische Konstitution" waren in seinen Anamnesen nicht die genügenden Grundlagen vorhanden, um zu dieser Frage Stellung zu nehmen. Die Zeit des Krankheitsausbruches setzte *Albrecht* etwas später an. Im Gegensatz zu *Kleist* sieht er jedoch in den betreffenden Fällen keine besondere Erkrankung, sondern betrachtet sie als Spätformen der *Kräpelin*schen Paraphrenien. Er spricht daher von „präseniler Paraphrenie". Ähnlich hat sich auch *v. Hößlin* geäußert. Hiergegen sind alle die Gründe anzuführen, die *Kleist* schon zur Unterscheidung der Involutionsparanoia von den „paranoiden Defektpsychosen" namhaft gemacht hat.

*Berger*s Ablehnung der Involutionsparanoia ergibt sich daraus, daß B. den Begriff des paranoischen Zustandes wesentlich weiter faßt als *Kleist*. Bezüglich der seltenen, vor dem Involutionsalter vorkommenden paranoiden Erkrankungen verweise ich auf die Arbeit von *Ewald*.

In seiner „Diagnose der Geisteskrankheiten" erkennt *Bumke* ebenfalls die Involutionsparanoia als selbständiges Krankheitsbild an. In der Frage der Entstehungsursache ist er der Ansicht, daß sich hierbei der Einfluß der Arteriosklerose und der des Klimakteriums noch nicht scharf voneinander trennen lassen. Die ganze Frage dürfe überhaupt nicht auf ein aut aut gestellt werden; dazu wüßten wir zu wenig über die Beziehungen der Involution und des Klimakteriums zur Arteriosklerose; möglicherweise erkrankten die Hirngefäße erst sekundär nach längerem Verlauf der klimakterischen Psychose (S. 613).

Die folgenden fünf Beobachtungen bilden weitere Belege für das Vorkommen der *Kleist*schen Involutionsparanoia und erhärten die von *K.* vertretene Auffassung der Erkrankung.

Fall 1. Frl. Anna M., Lehrerin, geb. 4. Juli 1856. Aus Rostock.

Der Vater der Kranken, der an Depressionszuständen litt, starb durch Selbstmord. Die Mutter mißtrauisch und in den letzten Lebensjahren schwerhörig, erlag einer Apoplexie. Ein Bruder starb an Paralyse. Ein Vetter beging Selbstmord, eine Base machte eine Melancholie durch.

Pat. war früher gesund, lernte sehr gut, zeigte eine hohe Begabung, wurde Erzieherin und Lehrerin und hatte vielfache geistige Interessen. Sie war nach Angabe ihrer Verwandten immer sehr ehrgeizig, sehr empfindsam und gefühlvoll, dabei selbstbewußt und geneigt, sich zurückgesetzt zu fühlen. Auffallend war ihre prüde, geradezu lächerliche Ablehnung dem männlichen Geschlecht gegenüber, obwohl sie keineswegs unempfind-



lich gegen Liebesgefühle war. Im Gegenteil glaubte sie schon als junges Mädchen immer, daß dieser oder jener sie so ansähe; nahm auch an, daß ihre Base sie mit einem Vetter verheiraten wollte, was in Wirklichkeit nicht der Fall war. Nachdem sie lange Jahre an der höheren Töchterschule zu R. tätig gewesen war, gab sie diese Stellung ziemlich plötzlich 1904 (d. h. in ihrem 48. Lebensjahr) auf, angeblich wegen Beschwerden der beginnenden Wechseljahre, und ging als Hauslehrerin auf das Gut eines Herrn v. Tr., der eine frühere Schülerin von ihr zur Frau hatte. Hier machte sich ihre Krankheit zuerst geltend. Sie fühlte sich von Herrn v. Tr. mit Liebesanträgen verfolgt, wobei ihm nach ihrer Behauptung ein Schwager behilflich war. Sie verließ diese Stelle daher ganz plötzlich im Jahre 1905, offenbar in großer Erregung, denn sie lief den weiten Weg vom Gutshof zur Bahnstation zu Fuß und fuhr nach Hamburg zu Bekannten. Ein paar Monate später, im Juni 1905, erfolgte dann ihre erste Aufnahme in Gehlsheim.

Körperlich o. B., besonders keine Anzeichen von Arteriosklerose. Periode noch vorhanden, 6wöchentlich, häufig Blutwallungen, prämenstruelle Kopfschmerzen. Dauer des Klimakteriums bis Anfang der 50er Jahre.

Ihr Verhalten ist zuerst ruhig und sehr zurückhaltend, Stimmung leicht gedrückt, manchmal weinerlich; häufig Kopfschmerzen. Den Grund ihres plötzlichen Verschwindens aus der letzten Stellung gibt sie erst nach langem Zögern an: Herr v. Tr. habe allerlei „Klatschereien" über sie aufgebracht und habe sie belästigt. Aber in Rostock, wohin sie nach kurzem Aufenthalt in Hamburg zurückkehrte, hätten die „Klatschereien" sofort wieder eingesetzt, sie hätte es nicht für möglich gehalten, daß Herr v. Tr. ein so gemeiner Mensch sei und sie bis dorthin verfolge. Eine Jungfer aus dem Hause v. Trs., die Herrn v. Trs. „beste Freundin" war, sei auch an den Klatschereien beteiligt. Es sei ihr aufgefallen, daß auf der Straße zwei vorübergehende Herren sie scharf fixiert hätten und sagten „das ist sie". Ein andermal war vor ihrem Hause gefragt worden: „Wohnt hier ein Frl. M.?" Eine Aufwärterin, die schon lange in ihrer Familie bedienstet war, habe allerhand „Drohungen" gegen sie ausgesprochen. „sie käme bald auf den Pfingstmarkt, da passiere allerlei, sie solle sich bloß nichts vornehmen". Im September trat sie hier mit neuen Klagen über Belästigungen hervor. Sie erkundigte sich plötzlich, weshalb angeordnet worden sei, daß seit 3 Tagen um 9¾ Uhr abends an der Haustür gerüttelt werde. Es sei ihr aufgefallen, daß auf einem Spaziergang ein Herr einen großen Bogen um sie gemacht habe. Ein anderes Mal habe sie „das berühmte Husten" gehört. Die Hustengeschichte wird später noch mehrmals vorgebracht. So hätten verschiedene Herren sich ihr aufdrängen wollen, indem sie sich hustend um sie herumbewegten. In der letzten Zeit ihres Anstaltsaufenthaltes betonte sie immer wieder ihre volle Gesundheit und begann ausführliche Briefe und Darlegungen über ihre Empfin-



dungen in stark querulatorischem Ton zu verfassen. Im Januar 1906 wird sie aus der Anstalt ungeheilt entlassen.

Sie lebte dann längere Zeit in R., reiste viel umher in verschiedenen Sanatorien und Seebädern. 1908 überstand sie eine Diphtherie mit nachfolgender Lähmung. Zur Erholung begab sie sich zu Dr. H. in N. Dort lernte sie den Gutspächter M. und dessen Schwager R. kennen, an die sich ihre Wahnbildung in der Folgezeit anknüpfte. 1911 kam sie in die Privatklinik des Nervenarztes Dr. *Kundt* in Rostock und wurde auf Antrag des Bruders entmündigt. Nach dem Entmündigungsgütachten hatte sie angegeben, sie sollte eine Verwandte zu Tode pflegen und werde nun, da sie das nicht täte, verfolgt. Leute, die sie bisher freundlich gegrüßt hätten, beachteten sie nicht mehr. Wo auch immer sie ihren Wohnsitz habe, bemerke sie nach kurzer Zeit ein verändertes Benehmen der Umgebung. Man treibe allerlei Schabernack, ihr Briefgeheimnis würde nicht gewahrt. Man spiele in Redensarten auf ihre Verhältnisse an, man habe ihr sogar schon Medikamente und Abführmittel im Essen verabreicht. Diese Eigenbeziehungen wurden mit den früheren sexuellen Verfolgungsideen gegenüber dem Herrn v. Tr. in Zusammenhang gebracht. Hinzugetreten ist eine neue, aber den ersten ganz ähnliche Liebeswahnidee, die mit dem Gutsbesitzer M. bei N. in Verbindung steht. Sie glaubte Herrn M. in Rostock zu sehen und versuchte ihn anzusprechen, aber er verschwand immer im letzten Moment. Einen Brief an ihn erhielt sie mit sehr scharfen Bemerkungen zurückgesandt, aber ungeachtet dessen bestand ihr Glaube, daß Herr M. sie zu heiraten beabsichtige, und daß dessen Schwager R. ihm dabei behilflich sei, fort. Sie hatte in letzter Zeit ihren Wohnsitz häufig gewechselt in der Hoffnung, an jeweils neuem Ort Herrn M. zu treffen, was sie aus allerlei Anspielungen entnahm. Herr Dr. *Kundt* hob in seiner Aussage das starke Selbstbewußtsein und die Selbstüberschätzung des Frl. M. hervor. Nachdem sie die Privatklinik von Dr. *Kundt* verlassen hatte, zog Pat. nach Schwerin und belästigte von dort durch persönliche Behelligungen und durch Briefe erotischen Inhaltes den Gutsbesitzer M., der schließlich bei ihrem Vormund ihre erneute Aufnahme in eine Anstalt beantragte. Über den Geisteszustand unmittelbar vor der Aufnahme geben folgende Briefe Aufschluß:

„Man läßt mich immer hören, ich müsse seinen Willen tun. Doch wohl nur, wenn ich seine Braut resp. Frau bin, und vor allem, wenn ich seinen Willen kenne. Seit mehr als 3 Wochen bemühe ich mich, die Wege zu wandeln, die Herr M. für gut hält für mich zu bestimmen. Er läßt mir seinen „Willen“ auf die unbestimmteste Weise, verkapselt und verschachtelt, daß ich in meiner Beschränktheit nicht imstande bin, den wirklichen Willen herauszufinden, kundtun. Unverdrossen bin ich von früh bis spät nur darauf bedacht gewesen, seinen Willen zu tun. Da ich ihn nie g e n a u kenne, ist es mir bis diesen Morgen unmöglich gewesen. Herr M. hat mit mir gespielt, mit mir, mit meiner Gesundheit, mit meinem



ganzen Leben, er hat mich zum Spielzeug der Menschen in den Häusern, in denen ich lebte, gemacht, zum Spielzeug derjenigen, die außerhalb des Hauses sich ein Vergnügen daraus machen zu können glauben, sich an diesem Spiel zu beteiligen. Und nicht minder hat es sein Schwager R. getan; und alle Schuld der dauernden Irrtümer und Enttäuschungen haben die Herren kurzerhand auf meine Schulter gelegt, sie haben mir die Eigenschaft des Eigensinns aufoktroyiert."

„Herr M.! Es ist 12 Minuten nach 5 Uhr, da ich dies schreibe, 7 Minuten vor 5 Uhr habe ich das Haus verlassen, bin bis zur Wilhelmsstraße und danach umgekehrt und bis zur Kaiser-Wilhelmstraße gegangen. Ungefähr 15 Minuten vor 5 Uhr ging ich, als ich mich ankleidete, zufällig am Fenster vorbei und glaubte, Ihren Schwager R. vorbeigehen zu sehen. Habe ich mich geirrt, ich weiß es nicht. Neulich sah ich Sie auch da, um dieselbe Zeit unten, als ich dann herunterkam, waren Sie fort, wie heute Ihr Schwager. Es scheint, als ob 5 Uhr noch nicht früh genug ist, daß ich in den menschenleeren Straßen allein umherirre.

Gestern Mittwoch abend, als wir beim Abendbrot saßen, kam Dr. Me. zu einem Besuch bei Herrn San.-Rat Mo. Mit ihm zugleich kam Frl. Mo., die Tochter, setzte sich an den Tisch und erzählte von Ihrer Freundin, deren Eltern in der Joh. Albrechtstraße wohnen. War es nicht natürlich, daß ich heute früh den Weg nach dieser Straße einschlug? So ist es mir jeden Tag ergangen. Wähle ich den Weg, den die junge Dame nennt, so ist es falsch, schlage ich die Straße ein, die eine der älteren Damen gesprächweise nennt, so ist es auch falsch.

Wenn Sie mir ein Auto zur Verfügung stellen, will ich gern noch länger den Winken Ihres Autos und des Ihrer Freunde folgen und versuchen, Sie endlich einmal in der Stadt zu ergreifen. Mit meinen Füßen, die wie die anderer Menschen von Fleisch und Bein sind, ist es mir leider unmöglich. Meine Kraft ist zu Ende. Was sind Andeutungen von Liebe gegen eine einzige befreiende Liebes tat? Wenn Sie mich je in Schwerin sehen, so müssen Sie mir doch ansehen, wie schwer mir mittlerweile dies Gehen wird; ich wundere mich, wie Sie das mit ansehen mögen und um Ihrer Wünsche willen geschehen lassen mögen. Lesen Sie die Stelle aus der Maria Stuart durch, wo diese unglückliche Königin von Lord Lester Abschied nimmt."

Aufenthalt in der Anstalt Sachsenberg 9. 7. 1914 bis 7. 4. 1919. Der unfreiwillige Aufenthalt verursachte eine Reihe neuer Beeinträchtigungsideen und einen weiteren systematischen Ausbau der angeblichen Umtriebe ihrer Feinde. Den Mittelpunkt bilden ihre wahnhaften Beziehungen zu Herrn M.

Die zwangweise Verbringung in die Anstalt hat ihre ganze Energie in der Richtung auf Aufhebung der Entmündigung in Bewegung gebracht. Sie verklagt den Staatsanwalt wegen Freiheitsberaubung, schreibt zahllose Briefe und Eingaben. Die Entmündigung, „ihr von Dr. *Kundt* zu



ihrem eigenen Schutz und Besten aufgeredet", ist nun das „Hauptmittel ihrer Feinde", sie „unschädlich" zu machen. Geschickt weiß sie die Gänge zum Zahnarzt zur Absendung von Briefen und Anklageschriften auszunutzen; eine Flucht aus der Anstalt wird im letzten Augenblick noch verhindert. Ihre Stimmung ist wechselnd, stets ist sie lebhaft und energisch, zeigt kleinliches Mißtrauen, z. B. bald werde ihr das Bad zu warm, bald zu kalt bereitet. Anspruchvoll verlangt sie Verpflegung 1. Klasse, übertreibt Reibereien mit Kranken und Personal in maßloser Weise; schimpft gelegentlich auf den Direktor („gemeiner Kerl, Mörder, Menschenschinder"). Sie fühlt sich ständig in Verbindung mit Herrn M., glaubt ihn in der Anstalt zu sehen, es werden ihr seine Besuche durch Zeichen angemeldet, sie wird an eine bestimmte Stelle des Parkes bestellt; erwartet einmal Herrn M. in schwarzer Kleidung zur Ziviltrauung (!). Sie ist vielfach recht erregt und schreibt einen Brief über den anderen an Herrn M. Nach allmählicher Beruhigung wird sie in das Katharinenstift in Rostock (städtische Pflegeanstalt unter Leitung von Dr. *Kundt*) entlassen. Erneute Beeinträchtigungsideen werden durch die neue Umgebung hervorgebracht.

Nachdem sie durch ihren Vormund Einblick in ihre Entmündigungsakten und die Aussagen des Herrn Dr. *Kundt* erhalten hatte, wendet sich ihr Zorn besonders gegen diesen. Ihr Vormund willfahrt schließlich ihrem Drängen und läßt sie am 2. 10. 1919 wieder in Gehlsheim aufnehmen.

Hier ist Pat. in Ton und Haltung sehr würdevoll, aber in vieler Hinsicht sehr ablehnend und mißtrauisch. Sie hält sich äußerlich ruhig, ihre unkorrigierbaren Beziehungsideen zu Herrn M. beeinflussen ihr Handeln weit weniger als in Sachsenberg. Sie beherrscht sich offenbar mit großer Willensanstrengung, da sie die Aufhebung der Entmündigung betreibt und dieselbe von einem längeren durchaus geordneten Verhalten abhängig weiß. Sie macht feine Handarbeiten, treibt Lektüre, besucht ihre Verwandten und Bekannten in der Stadt, zeigt lebhafte Teilnahme, ihren Angehörigen fällt indessen auf, daß in letzter Zeit ihr Interessenkreis sich verengt habe, sie spreche eigentlich nur von Gehlsheimer Angelegenheiten.

An den sexuellen Beeinträchtigungsideen gegenüber Herrn v. Tr. hält sie fest, ohne aber mehr praktische Folgerungen daraus zu ziehen. Sie sei später noch von Herrn v. Tr. in der ordinärsten Weise verleumdet worden, weil sie „auf die Ehre" verzichtet hätte, die Liebste dieses adligen Herrn zu sein. Zwischendurch ist erkennbar, daß sie selbst in Herrn v. Tr. verliebt war; sie spricht von der „schönen Zeit", die durch so viel Häßliches beschmutzt werde. So erscheint — wie auch später Herr M. — dieselbe Person zugleich als Feind und als Gegenstand des Verlangens, ja als Verehrer. Auch andere Verfolgungsvorstellungen müssen damals schon bestanden haben, sie spricht andeutungweise von „Mißhandlungen" und „Ruinierung der körperlichen Gesundheit". Einen Diener beschuldigte sie, daß er beim Servieren sie mit dem Arm absichtlich berührt habe.



Im Brennpunkt ihrer Gedanken steht dagegen immer die Gestalt des Gutsverwalters M. Herr M., der von seiner Frau geschieden war, habe ihr Andeutungen gemacht und ihr zu verstehen gegeben, daß er sie heiraten wolle. Er habe aber nie ernstliche Anstalten dazu unternommen, sondern fing an, mit seinem Schwager R. „mir und direkt durch Andeutungen, wunderliche Zeichen usw. seine Wünsche, Befehle, Anordnungen kund zu tun, mit anderen Worten, er zwang mich, möglichst viel von dem, was um mich herum gesprochen wurde, auf mich zu beziehen". Er habe sie mit Gewalt in die frühere nervöse Schwäche zurückgestoßen, nachdem sie davon in Gehlsheim geheilt war. Sie will ihn nun immer in Rostock, Schwerin und anderen Orten gesehen haben, wohin sie sich auf angebliche Andeutungen aus Worten und Mienen der verschiedensten Personen begab, aber stets sei durch übelwollende Menschen die Zusammenkunft und Aufklärung verhindert worden. Sicherlich spielte hier die Verkennung von Personen eine große Rolle, so hielt sie einmal in der Privatklinik von Dr. K. Herrn Prof. E. für Herrn M., dessen Zusammenkunft mit ihr durch Dr. *Kundt* dann verhindert worden sei, da er Herrn Prof. E., der irrtümlich in das Sprechzimmer eingetreten war, in sein Zimmer rief.

„Ich hetzte von einem Ort zum anderen, weil ich immer hoffte ihn zu finden, oder jemand zu treffen, der mir zu ihm hinhelfen konnte, aber es waren zu viele Feinde."

Während eines Aufenthaltes in einem Seebad schrieb sie an Herrn M. und bestellte ihn an eine bestimmte Stelle im Walde, aber er war nicht dort; „die Badegäste aber wollten sich totlachen, die wußten es also auch, die hatten ihren Brief gelesen".

Herr M. ist sowohl ihr Liebhaber wie ihr Feind, bald tritt in ihren Angaben die eine, bald die andere Seite hervor.

Einen ganzen Komplex bilden weiter die Sachsenberger Beeinträchtigungsideen, die aber auch mehr oder weniger mit M. verknüpft werden.

Nach dem Sachsenberg habe man sie in roher Weise durch zwei Polizisten hingeschleppt. Ihre Freundinnen hätten dabei geäußert, sie wüßten aus der langen Zeit ihres Zusammenseins nichts, was einen solchen Schritt gegen sie rechtfertigen könnte. Auch in G. hat sie Herrn M. gesehen, einmal vor dem Waschhaus, dann habe sie ihn in allen Zimmern gesucht, „da war er, aber die Wärterinnen haben mich daran gehindert, ihn zu finden". Ein andermal, als sie einen Fluchtversuch gemacht hatte, sei M. ihr auf dem Wege zum Bahnhof „mit einem furchterregenden bösen Angesicht auf dem Rade" begegnet. Er habe dann einer Wärterin der Anstalt, die zufällig auf dem Bahnhof eine andere Kranke in den Zug brachte, die Anweisung gegeben, „sie unter Anwendung von Gewalt, auf jeden Fall an der Abreise zu hindern". Darauf sei sie von dieser Wärterin öffentlich auf dem Bahnhof von Schwerin mißhandelt worden; 8 Tage habe sie noch blaue Flecke gehabt. Überhaupt will sie dort in S. Miß-



handlungen verschiedentlich ausgesetzt gewesen sein. Einmal sei das Bad so heiß gewesen, daß sie fast verbrüht sei; dann habe sie mit drittklassigen Frauen baden müssen, die sie in frecher schamloser Weise begafft hätten, so daß „mir buchstäblich übel davon wurde". Ein andermal behauptet sie: „In der Hauptsache sind es die Oberinnen der Anstalten selbst gewesen, die mir so übel gesinnt waren". Auch hier führt sie vieles auf unbekannte Anordnungen der Herren M. und R. zurück. Der Pastor Sch. habe die Drohung ausgesprochen, sie würde den Sachsenberg nicht anders als mit den Herren M. und R. verlassen, darum habe sie den geheimnisvollen Andeutungen der M. und R. immer wieder Folge geleistet.

Aus jener Zeit rühren ferner die angeblichen Aussprüche des Herrn Obermedizinalrats Dr. *Matusch* her, die ich z. T. als Mißdeutungen, z. T. als Erinnerungstäuschungen auffasse: „Ich habe keinen Anteil an dieser Freiheitsberaubung." „Es soll eine besondere Art von Geisteskrankheit für diese Kranke erfunden werden." „Diese Kranke gehört nicht hierher." „Sie hört sich die wirren Reden der Geisteskranken mit der abgeklärten Ruhe eines Philosophen an."

Die Vorstellungsgruppe der Entmündigung wird neuerdings vornehmlich mit Herrn Dr. *Kundt*-Rostock in Beziehung gebracht. Herrn Dr. *K.* beschuldigt sie, „in frivoler Weise", auf Grund von Lügen ihre Entmündigung erreicht zu haben. Auch er ist mit im Spiele bei ihrer künstlich durchgeführten Trennung von Herrn M. Er habe ihren sonst so guten Bruder zu dieser Entmündigung veranlaßt. Als Beweggrund für die Handlungsweise des Herrn Dr. *K.* vermutet Frl. M. folgendes: Herr Dr. *Ma.* in Rostock, ein Freund des Herrn Dr. *K.*, habe durch ein Zeugnis ihre erstmalige Aufnahme in Gehlsheim bewirkt. Damit dies Unrecht nicht aufkomme, suche Dr. *Kundt* jetzt Frl. M. unschädlich zu machen. Es werden damit noch weitere Beziehungsideen gegen jenen Dr. *Ma.* verwoben. Dr. *Ma.* habe einmal ihre Wohnung besichtigt, angeblich um dieselbe zu mieten, habe eine Weile mit ihr auf dem Balkon gestanden, darauf hätten die Leute auf der Straße ihr zugerufen: „Die hat sich mit ihrem Wirt ein Rendezvous auf dem Balkon gegeben."

Sehr mißtrauisch ist die Pat. gegen die Oberin, eine entfernte Verwandte von ihr, die, wie sie annimmt, Dinge über ihre Mutter und aus ihrer Jugend ausgesagt hat, die „sie nicht verantworten" könnte. Während diese und andere Mißdeutungen lediglich aus dem allgemeinen Mißtrauen entspringen, werden andere neue Eigenbeziehungen mit den alten Wahngedanken verknüpft.

Auch hier spielen Herr M. und R. eine Rolle. „Noch heute soll ich, wie seit zehn Jahren, nach ihnen fragen, nach ihnen suchen, ihre Anordnungen erraten." Auch hier wird ein: „Schlafen Sie schon?", das eine Kranke ihr abends zurief, umgedeutet: „Es habe auch in Sachsenberg oft Herr M. in der Anstalt geschlafen." Auf dem Wege zur Rostocker Fähre wurde sie kürzlich angeblich von einem Herrn belästigt. Es ging



ein männliches Individuum hustend um sie herum. Ein Herr habe auf der Fähre gesagt: „Da kommt sie ja.“

In den vier Monaten ihres neuerlichen Aufenthaltes in Gehlsheim zeigte Pat. trotz aller äußerlichen Haltung ein ganz außergewöhnliches Mißtrauen und zahlreiche daraus fließende Eigenbeziehungen und Mißdeutungen, die besonders aus ihren zahlreichen, ausführlichen, sehr gewandt abgefaßten Briefen und Eingaben hervorgehen. Hinter ganz gleichgültigen Fragen wittert sie etwas Verdächtiges. In der ersten Nacht ihres Hierseins hatte sie eine schlechte Matratze, worüber sie sich seitenlang beschwerte; nur mit Mühe konnte sie davon abgebracht werden, daß eine böse Absicht vorgelegen habe. Die Frage des Arztes, ob sie bereit wäre, in ein anderes Zimmer zu ziehen, beantwortete sie mit tiefer Entrüstung und beklagte sich bitter über die Zumutung, mit einer so jungen Dame, wie die zweite Bewohnerin jenes Zimmers, zusammen zu sein. Sie stellt fest, daß sie einmal eine dünnere Brotschnitte bekommen habe als andere Kranke, ist gleich bereit, darin böswillige Absicht zu sehen, und verwertet derartige Dinge zu langatmigen, aber dialektisch gewandten Schreiben an Prof. *Kleist*. Eines Tages fragte sie, ob nicht morgens um ¾7 ein Auto in die Anstalt eingefahren sei; morgens um 5 Uhr hört sie Husten und Pfeifen vor ihrem Fenster (Phoneme?), fühlt sich gezwungen, darauf zu reagieren, und nimmt an, daß diese Zeichen von M. kommen; sie solle dann erraten, was das zu bedeuten habe, es sei wohl Telepathie. Entnimmt ständig den Äußerungen und Gesten der Umgebung, daß sie sich mit M. abgeben solle, wird dadurch oft stark beunruhigt, beschwert sich bitter über diese Zumutungen, nimmt aber gleich wieder M. in Schutz und ergeht sich in Anklagen gegen ihre weiblichen Verwandten, den „Frauenbund“, der ihre Vereinigung mit M. hintertreibe. Daneben tauchen auch noch andere erotische Eigenbeziehungen auf: z. B. höre sie neuerdings in Gesprächen so oft den Namen Ko. Vielleicht gehe es darauf, daß sie vor Jahren in der Buchhandlung Ko. gekauft habe, auch nachdem das Geschäft in den Besitz des jungen Herrn Ko. übergegangen sei. Verteidigt sich leidenschaftlich gegen derartige, von niemandem geäußerte Bemerkungen.

Die Intelligenzprüfung hat ein hervorragend gutes Ergebnis, besonders ist auffällig ihre auch im Versuch nachweisbare lebhafte Produktivität: sie zählt in 3 Minuten nicht weniger als 132 Worte auf: allerdings ist ihr Beruf als Lehrerin dabei zu beachten.

Körperlich ist die jetzt 64 jährige Kranke sehr rüstig, wohlgenährt, von frischem, verhältnismäßig jüngerem Aussehen. Innere Organe ohne Befund, keine Verhärtung der fühlbaren Schlagadern, Blutdruck mäßig erhöht, 200 Wasser. Urin frei.

Fall 2. Frau Mathilde H., Architekten-Witwe aus Goldberg, geb. 2. 4. 1854.



Vorgeschichte. Die Mutter starb im Alter von 70 Jahren nach dreimal wiederholtem Schlaganfall. Nach Ansicht von Bekannten war sie in den letzten Jahren nicht ganz normal.

Über die Jugendzeit der Pat. machte eine Freundin derselben folgende Angaben: Die Kranke war sehr begabt, fleißig, geschickt und sehr hochstrebend, wie es auch ihre Mutter gewesen sei; später sei sie sehr eitel gewesen und habe sich gern vornehm gekleidet, „um in der Welt etwas vorzustellen". Auffallend war ihre zeitweise sehr vergnügte Stimmung gewesen. Mit 20 Jahren, im Jahre 1874, heiratete sie den Architekten H. und zog mit demselben nach Rußland. Ihr Mann erlag im Jahre 1879 den schweren Verletzungen, die er bei einem räuberischen Überfall erlitten hatte. Aus der Ehe stammten zwei Kinder, die beide frühzeitig starben, das ältere angeblich an Zahnkrämpfen, das jüngere an einem Darmleiden. Nach ihren jetzigen Angaben wurde das Kind mit Absicht falsch behandelt, um es aus der Welt zu schaffen und um sie, die Witwe, um die Erbschaft zu bringen, da kein Testament von ihrem Manne hinterlassen war. Der behandelnde Arzt sei von den russischen Verwandten ihres Mannes bestochen gewesen, weil man ihr angeblich auf Betreiben der Verwandten ihres Mannes die Abreise aus Rußland verweigerte, angeblich um die Erbschaft nach russischem Gesetz zu regeln, das für jene günstiger war als das deutsche. 1880 verließ die Kranke Rußland und lebte etwa ½ Jahr bei ihrer Mutter in Parchim. Später ging sie dann 2½ Jahre nach Hamburg in Stellung als Wirtschafterin. Danach führte sie einem verwitweten Onkel in Goldberg die Wirtschaft, mit dem sie 1885 nach Güstrow zu ihrem Bruder zog; von ihrem Bruder, der 1899 starb, erbte sie ein gutgehendes Kaufmannsgeschäft, das sie bis 1902 führte. Während dieser Zeit seien ihr verschiedentlich Heiratsanträge gemacht worden, die sie aber abgelehnt hätte, da sie nach ihrer Angabe nicht ihr, sondern dem gutgehenden Geschäft gegolten hätten. Sie hätte die Absagen immer heimlich gemacht, damit es nicht aufgefallen und für die Betreffenden nicht so peinlich gewesen sei.

Infolge der Erbschaften von ihrem Vater, Onkel und Bruder besaß die Kranke nach Verkauf des Geschäfts ein kleines Vermögen, dessen Verwaltung sie selbst gut besorgte. 1902 — in ihrem 48. Lebensjahr — hörte die Periode bei Fr. H. auf. Damals wohnte sie in Güstrow mit einer Töchterschullehrerin M. in einem Hause. Diese gab Privatstunden, „aber nur an Knaben". Frau H. beschuldigte nun die Lehrerin, sie habe unsittlichen Umgang mit ihren Schülern; diese seien bis nachts um 2 Uhr bei ihr oben geblieben, vor allem sei es ein Abiturient gewesen, der dauernd bei der Lehrerin war. Es sei sehr viel herausgetragen worden, und oben „sei es hoch hergegangen". Die Lehrerin habe auch dem Schüler den Hausschlüssel gegeben. Als Frau H. einmal vom Konzert nach Hause kam, habe sie gehört, wie der Schüler gleich darauf das Haus verließ und selbst die Haustür abschloß. Um diese Zeit (1906) habe sie eine anonyme



Karte erhalten, auf der die sieben Todsünden gegen den Ehemann abgebildet waren; das letzte Bild auf jener Karte war ein Haustürschlüssel.

Die Lehrerin, von ihr zur Rede gestellt, habe sofort eingestanden, dem Schüler den Hausschlüssel gegeben zu haben. Da sie die Lehrerin M. nicht aus dem Hause wegbringen konnte, habe sie den Sommer in Doberan zugebracht. Als sie in der Zeitung las, daß der Schüler sein Abiturientenexamen bestanden hätte, kehrte sie nach Güstrow zurück, weil sie glaubte, derselbe habe nun Güstrow verlassen. Sie traf ihn doch noch an, er kam nachts aus der Wohnung der Lehrerin herunter, und im Scheine ihrer Küchenlampe, die durch ein Fenster in der Wand auch den Hausflur beleuchtete, habe sie ihn gesehen, „total betrunken“, „ein ekelerregendes Bild“, und „höhnisch“ hätten der Schüler und die Lehrerin sie angesehen, als wollten sie sagen, „mich hast du doch nicht wegbekommen“. Im Februar 1908 habe die M. ihr Nachtgeschirr ins Klosett gegossen, so daß die Jauche in Frau H.s Küche austrat, später wurde auf diese Weise sogar die Milch verunreinigt, denn dieselbe schmeckte ekelerregend. Nachdem das dreimal geschehen sei, habe sie die M. zur Rede gestellt und gehörig heruntergemacht. Auch zum Hausbesitzer sei sie gegangen und habe verlangt, die M. solle ausziehen, aber der habe sich nicht um die Lehrerin gekümmert, er tat alles zu deren Gunsten. Sie kündigte dann, falls der Hausbesitzer jene nicht ausziehen ließe. Ihre Kündigung wurde angenommen, und sie bezog Anfang Mai 1908 eine neue Wohnung. Aber das Treiben ging nun noch viel schlimmer weiter. Sie sei „unter Bewachung“ gestellt worden, alle Menschen hätten sich von ihr zurückgezogen. Man gab ihr zu verstehen, daß sie entweder in die alte Wohnung zurück oder aus Güstrow fortziehen müsse. Darauf sei sie im Oktober 1909 nach Doberan gezogen. Aber auch hier habe sie bemerkt, daß sich alle von ihr zurückzogen, warum, weiß sie nicht. Sie müsse „doch so hingestellt sein, daß kein anständiger Mensch mit ihr verkehren konnte“. Wenn sie allein ging, haben die Leute sie „ganz verächtlich betrachtet“. In Doberan seien eben Leute gewesen, die Bekannte in Güstrow hatten. Seit 1912 habe sie in Doberan „mit Lebensmitteln Gifte gekriegt“. Das Brot war äußerlich mit einer weißlichen Flüssigkeit durchtränkt, oben sei das Brot weich gewesen. Nach dem Genuß desselben habe sie ein ganz merkwürdiges Gefühl im Magen gehabt und nicht schlafen können. Eine Händlerin habe sie gebeten, ihr einen Lachshering abzukaufen, „da sie so in Bedrängnis sei“; als sie den dann probiert hätte, hatte sie wieder denselben Nachgeschmack wie bei dem Brot. Dann war auch Gift in der Milch, da sich dieselbe nicht kochen lassen wollte. Der Milchfahrer füllte ihren Topf zur Hälfte, dann habe er das Maß geschüttelt und den Rest in ihren Topf gegossen. Sie habe diese Milch weggegossen. Seitdem nahm sie stets nur einen Liter Milch, weil er hierbei nicht zu schütteln und zweimal zu füllen brauchte; dabei habe der Mann dann beim Eingießen das Maß so merkwürdig schief gehalten. Als sie die Milch probierte, habe sie Durchfall



bekommen, eine große Hitze im Kopf. Darauf ging die Kranke zum Bürgermeister und teilte ihm mit, sie habe ein Testament fertig, das nach ihrem Tode geöffnet werden solle. Darauf machte sie ihr Testament, weil sie glaubte, daß es ihr ans Leben ginge, und ließ sich von einem Arzt den Magen auspumpen. Der Arzt beredete sie, zum Nervenarzt Dr. *Kunot* in R. zu gehen. Nach kurzem Aufenthalt in dessen Klinik (1. 10. 1912) mußte sie daheim neue verdächtige Beobachtungen machen: das Wasser in den Töpfen war faulig, die Milch grasgrün, und in dem Sirup, den sie zum Pfeffernüssebacken gekauft hatte, war ein dicker Kloß Satz. Als sie Zucker mit einem frischen Ei quirlte, hatte sie sogleich eine feuchte Hitze im Kopfe; sie goß darauf alles in den Dung. Entenklein und Gemüse waren verdorben, und als sie es probierte, wurden ihre Lippen gleich schwarz und waren wie zusammengezogen. Auch hier war ein weißes Pulver aufgestreut, das die Gallerte aufgelöst hatte. Nach dem Genuß von Erdbeeren bekam sie Husten und ein starkes Angstgefühl. Während ihres Aufenthaltes in Rostock war der Gemeindevorsteher in ihrer Wohnung gewesen, um ihr einige Sachen zur Klinik zu bringen. Sie vermutet, daß der alles getan hätte. Sie machte schließlich einen Selbstmordversuch, indem sie sich mit Leuchtgas zu vergiften suchte. Die Urheberin dieser Verfolgung war nach ihrer Ansicht die Lehrerin M.; diese handele aus Rache, da Pat. Beschuldigungen gegen jene öffentlich ausgesprochen hätte.

Im Juni 1913 zog Pat. nach Rostock, da sie sich in Doberan nicht mehr sicher fühlte, und übergab plötzlich der Staatsanwaltschaft ein Schriftstück über ihr Vorleben, eine anonyme Karte und ein Glas mit angeblich vergifteten Erdbeeren. Dies führte zu ihrer Überführung in das St. Katharinenstift in Rostock. Hier war sie zuerst sehr erregt, besonders als das Entmündigungsverfahren gegen sie eingeleitet wurde. Sie beklagte sich, daß sie den Termin der Verhandlung zu spät erfahren habe und sich nicht vorbereiten konnte, so daß sie übervorteilt worden sei, „verflucht sei die Alte mit ihren Kindern und ihren Kindeskindern, die an allem schuld sei". Atembeschwerden führt sie auf die Erdbeeren zurück, die sie in Doberan erhalten habe. „Aus dem Unterkörper ist es heraus, aber im Kopf, im Herzen, in den Armen und Beinen ist es noch erhalten." Einen Ohrschmalzpfropfen, den sie ausgespült bekam, erklärte sie als schlechte Flüssigkeit, die kristallisiert sei, so wie die Masse, die in dem Erdbeerglas gewesen sei. Bei einer Bronchitis im Jahre 1919 verweigerte sie die Medikamente, da man sie vergiften wolle.

In den letzten Jahren ist die Kranke im allgemeinen ruhig; sie lebt abgeschlossen, ohne Verkehr mit den anderen Kranken. Ihre Wahnideen äußert sie spontan nur noch selten, gelingt es aber, ihr anfängliches Mißtrauen zu überwinden, so kommt ihr Wahnsystem noch in vollem Umfang wie vor Jahren zum Vorschein. Sie nimmt noch reges Interesse an den Vorgängen, die sie aus den Zeitungen erfährt. Im Umgang ist sie von einer stolzen, selbstbewußten Art, aber stets zu Argwohn bereit und geneigt, sich gegen die Umwelt abzuschließen.



Ihre Merkfähigkeit ist erstaunlich gut, die Ereignisse der früheren Jugendzeit wie der letzten Zeit sind ihr deutlich und mit vielen Einzelheiten gegenwärtig. Die allgemeinen Kenntnisse entsprechen ihrer Vorbildung, lassen aber eine Persönlichkeit durchblicken, die für viele Dinge — auch über die nächste Umgebung hinaus — Interesse zeigt. Etwas eingeschränkt im Gegensatz zu den übrigen sehr guten Leistungen waren ihre Leistungen beim Erklären von Sprichwörtern. Die Textergänzung, die Satzbildung, die schweren Verstandesfragen wurden gut geleistet, zum Teil allerdings mit einem erklärenden Wortüberfluß.

Die Rechenleistungen waren fehlerlos. Der Assoziationsversuch ergab fast bei allen Reizworten eine Definition, die sehr wortreich und teilweise sehr umständlich war.

Für ihr Alter ist die Kranke eine ruhige Frau mit graumelierten Haaren, lebhaftem, etwas abweisendem, stolzem Gesichtsausdruck. Die Augen treten leicht vor und sind sehr kurzsichtig. Die Arterien sind ganz leicht rigide. Urin frei von Eiweiß und Zucker. (In früheren Jahren sollen Spuren von Zucker nachgewiesen worden sein.) Sonstiger Befund regelrecht.

Fall 3. Frau Marie Sch., geb. 16. November 1847 in Lübeck.

Vorgeschichte: Keine Belastung, früher gesund, unregelmäßiger Schulbesuch, lernte aber angeblich leicht, war stets von heiterer Gemütsart. War Dienstmädchen, heiratete mit 23 Jahren. Ein Kind, das bald starb; drei Aborte. Im 42. Lebensjahr (1889) begannen die Wechseljahre. Mit dem 50. Lebensjahr erneutes Auftreten von regelmäßigen Blutungen, die nach 6 Jahren endgültig aufhörten. Im Januar 1890 wurde Pat. — sie lebte mit ihrem Mann in Berlin — von der Polizei zur Charité und von dort zur Irrenanstalt Dalldorf gebracht. Ein damals ausgestelltes Gutachten — eine Krankengeschichte war nicht zu erhalten — lautet: „Die Frau Sch. leidet an einer einfachen Seelenstörung, welche sich äußert in vollständiger Verwirrtheit und mächtiger Erregung. Sie ist nicht imstande, auf einfachste Fragen richtige Antwort zu geben, und schwatzt zusammenhanglos, dabei auf die entlegensten Dinge kommend. Die Sch. ist für blödsinnig im Sinne des Gesetzes zu erachten." Sie wurde dann auf Bitten des Mannes entlassen. Über diese Zeit gibt Pat. jetzt an: in ihrem Hause habe sich eine Apotheke befunden, die einem Herrn G. gehörte. Von diesem habe eine Frau im Hause Tropfen, angeblich Morphium, erhalten. Als es Pat. zur Zeit der beginnenden Wechseljahre sehr schlecht gewesen sei — sie hätte damals starken Darmkatarrh gehabt —, habe diese schlechte Person, die mit G. unter einer Decke steckte, sie überredet, diese Tropfen einzunehmen, die sie dann vergiftet und so aufgeregt hätten.

Im Jahre 1898 zog ihr Mann als pensionierter Beamter nach R. und starb dort im Jahre 1907. Bis dahin war die Kranke in R. in keiner Weise hervorgetreten. Nach dem Tode ihres Mannes änderte sich ihr



Verhalten. In ständiger Unruhe und erotischer Begier — so lauten die Auskünfte über diese Zeit — suchte sie überall Beziehungen anzuknüpfen. Wer im geringsten auf ihre Anrede einging, wurde von ihr überlaufen; wer sie abwies, wurde unflätig von ihr beschimpft. Mit der Zeit wurde sie zum Schrecken R.s. Aus den Magistratsakten der Stadt geht hervor, daß sie sehr oft wegen Streitigkeiten, Anklagen über angebliche Belästigungen mit den Behörden zu tun hatte. So beschwerte sie sich wiederholt, daß man hinter ihr hersänge: „Haben Sie nicht den kleinen Cohn gesehen?" Sie beschuldigte alle Behörden und die verschiedensten Leute, wie den Bürgermeister, den Pastor, der sich mit sehr viel Geduld um sie kümmerte, den Postmeister, die Mieter im Hause, daß man ihr Übles wolle und sie verfolge. In Geldausgaben überschritt sie bei weitem ihre Grenzen und machte Schulden. Mit 61 Jahren hatte sie noch geschlechtliche Beziehungen mit einem alten Säufer, den sie als ihren Privatsekretär bezeichnete. Auf Veranlassung des Magistrats wurde sie am 16. 1. 1909 nach Gehlsheim überführt.

Aufnahmebefund: 61 jährige Frau in sehr schlechtem Ernährungszustand ohne sonstige körperliche oder nervöse Krankheitszeichen.

Zuerst benahm sich die Kranke ruhig und antwortete bereitwillig, aber mit großer Redseligkeit, Lebhaftigkeit und starkem Abschweifen. Zeitlich, örtlich und über ihren Lebensgang orientiert. Nach ihren Angaben ging es ihr seit dem Tode ihres Mannes sehr schlecht, „alles verachtete sie", sie habe dauernd umziehen müssen, da sie es in den Wohnungen nicht ausgehalten habe, man habe sie beschimpft, sie geprügelt und beschuldigt, gefälscht, gestohlen und gebettelt zu haben. Am meisten seien gegen sie der Arzt Dr. Sch., der Pastor A. und der Kaufmann E. Diese Leute klagten sie ohne Grund an. Sie habe keinen auf der Straße belästigt. Sie habe aber viele Leute verklagen müssen, die ihr ihr Geld nehmen oder nicht zurückzahlen wollten. Sie hätte noch eine Reihe von Forderungen und hätte deswegen auch ihre Miete nicht bezahlen können. Eine Reihe von Sachen, die ihr unangenehm sind, so das Verhältnis mit dem Säufer W., stellt sie in Abrede. Dieser Mann habe früher getrunken, sie habe ihn gebessert, er habe nur mit seiner Mutter bei ihr gegessen; sie habe mit ihm ihren Lebensabend beschließen wollen, heiraten wolle sie ihn aber nicht. Besonders hebt sie eine Geschichte hervor, die auch heute noch in ihren Wahnvorstellungen eine Rolle spielt. Sie habe aus Hamburg einmal „einen kleinen Cohn", eine Scherzfigur, mitgebracht und in R. verschenkt, seitdem sängen die Kinder auf der Straße das Lied vom kleinen Cohn, um sie zu ärgern. In ihren Erzählungen ist sie oft scherzhaft und recht schlagfertig. Die Stimmung ist reizbar, unzufrieden, empfindlich, mißtrauisch, labil; Pat. ist leicht heiter zu stimmen, weint aber auch oft bei kleinen Anlässen. Aus inneren Gründen nimmt die Reizbarkeit zuweilen zu. Dann ist sie sehr erregt, bekommt Streit mit den Mitkranken, verlangt für sich besseres Essen und drängt sich an eine große Reihe von



Kranken, den Maschinenmeister, Pflegerinnen und Ärzte heran. Wenn dann Beschwerden gegen sie einliefen, so wußte sie oft in pfiffiger Weise die ganze Sache in Abrede zu stellen und den Vorgang so zu verdrehen, daß sie unschuldig, die anderen als die Schuldigen dastanden. Sie versteht es ausgezeichnet, Kranke und Personal zu verhetzen, und hat sich durch ihr intrigantes Wesen recht unbeliebt gemacht. Vor allem tritt ihr starkes Selbstgefühl hervor. Bei allerdings guter und fleißiger Arbeit hebt sie sich anderen Arbeiterinnen gegenüber hervor, dünkt sich besser als jene und will stets eine Ausnahmestellung einnehmen. Auch ihre erotischen Ideen traten des öfteren in ihrem Verhältnis den Ärzten gegenüber hervor. Auch bei einer von mir vorgenommenen Untersuchung erkundigte sie sich gleich, ob auch eine körperliche Untersuchung notwendig wäre; heute sei sie ja nicht mehr schön, aber früher habe sie eine volle Brust und kräftige Hüften gehabt, der Sanitätsrat Sch. habe ihre straffen Bauchdecken gelobt.

Ihre Wahnvorstellungen bestehen noch heute in vollem Umfange fort und werden weitschweifig mit den gleichen Worten wiederholt. Es ist allerdings oft sehr schwierig, sich in der Überproduktion von Worten zurechtzufinden. Die verschiedenen Wahnideen, die in ihren Grundzügen stets gleichförmig vorgebracht werden, stets aber noch eine Ausschmückung durch ihre Geschwätzigkeit erfahren, sind etwa folgende: zunächst die Geschichte vom Bilderverkauf des Postmeisters W. Sie habe kein Geld gehabt und daher ein großes Bild nach Berlin zur Kunstausstellung schicken wollen, um es zu verkaufen, sie hoffte dort 100 Mark dafür zu erhalten. Zuerst habe sie es Herrn P. gezeigt und die Absicht besprochen und dann, da ihr an dem Tage nicht recht wohl war, einen jungen Mann beauftragt, das Bild zur Post zu nehmen, dort habe es der Postmeister W. angenommen. Sie habe kein Geld und keine Nachricht erhalten. Als das zu lange dauerte, habe sie an ihren Bruder geschrieben, er solle ihr Bild, das er kannte — Darstellung einer Fregatte — in der Berliner Kunstausstellung suchen und sich beim Komitee erkundigen. Der habe sehr erschreckt geschrieben, das Komitee habe sie verhaften lassen wollen, weil sie eine Kiste mit Papierschnitzeln geschickt habe. Geld war natürlich auch nicht zu bekommen. Der Rechtsanwalt A. habe nun den Postmeister W. steckbrieflich verfolgen lassen und auch den jungen Mann, der das Bild zur Post brachte, und der schon andere Bilder gestohlen und verkauft habe. Später aber habe er sich auch nicht mehr darum gekümmert. Die ganze Bande steckte eben unter einer Decke.

Von R. her glaubt sie bestimmt noch Geld zu bekommen. Die erste Rente von 40 M., so lautet ihre ständige Rechnung, ging seit 10 Jahren nach Gehlsheim, das seien 5000 M. Ferner stehe ihr Geld für ihre Arbeit in Gehlsheim zu. Vom Testament ihres Mannes treibe sich noch Geld in R. herum, das ihr vorenthalten werde. Außerdem seien ihre Sachen verkauft worden, das Geld hätten Andere. Die hätten sich dafür in der



teuren Zeit Eier, Butter usw. gekauft, und sie müßte mit 3. Klasse Essen auskommen.

Der Bürgermeister von R. habe sie nach Gehlsheim überführen lassen, um ihre Sachen zu bekommen und sich zu bereichern. Sie wollte den Preis für ihre Kleider haben, was heute dafür gezahlt werde.

Pastor N. in R., der sich in Wirklichkeit sehr um sie gekümmert hat, habe ganz plötzlich, obwohl sie ganz freundschaftlich mit ihm verkehre, Anklage wegen Beschimpfung gegen sie erhoben. Ihren Mann hätte er aber auch schon immer geärgert, weil er aus Ostpreußen gewesen sei. Und erst recht habe er den W., ihren alten Liebhaber, nicht leiden können, aber der habe ihm als kluger Mann des öfteren heimgeleuchtet.

Dr. V., der ihr Entmündigungsattest ausstellte, bezeichnet sie „als ihren schlimmsten Feind", das habe ein Inspektor ihr einmal gesagt.

Der alte Säufer W. hätte ihr oft geholfen und darum habe sie ihn beköstigt, da dessen Mutter ihn stets morgens mit 25 Pfennig für Schnaps ins Dorf geschickt hätte. Für die Beköstigung habe sie von W.s Mutter 225 M. zu verlangen. Sie behauptet, W. wäre einmal in der Anstalt gewesen, um Kleider für sie abzugeben, sie habe sie aber nicht bekommen, wie so vieles nicht. Auch habe sie einen Siegelring vor der Tür ihrer Abteilung gefunden und daraus erkannt, daß W. da war, um sie zu besuchen (Mißdeutung!). Ein anderes Mal will sie ihn gesehen haben, wie er Kleider für sie an einen Baum legte (Mißdeutung oder Illusion).

In der Anstalt beschuldigt sie eine Reihe von Personen, sie zu belästigen und ihr feindlich gesinnt zu sein. Der Assistenzarzt Dr. K. habe ihr Zulage aufgeschrieben, aber Frau Professor W. und die Kranke K. zusammen hätten das wieder gestrichen. Manche Kranke, besonders eine gewisse K., sängen täglich Spottlieder, wiederholt auch das Lied vom kleinen Cohn hinter ihr her. Prof. Kl. wolle ihr auch nicht wohl, da er ihr das Geld nicht auszahlen lasse, der solle nur zu einer anderen Universität gehen, wie er den Ruf erhalten habe. Ob er da auch so einen Garten und Kaninchen, Eier usw. habe? „Wieviel mag der wohl aus den Sachen hier in der Anstalt verdienen!" Zu Frau Prof. Kl., bei der sie etliche Male in der Küche geholfen hat, und zu dem Assistenzarzt Dr. M. habe sie großes Vertrauen; was die ihr Gutes tun wollten, würde aber von anderen verhindert. Auch die Oberin der Anstalt gehört zu ihren Feinden.

Die Merkfähigkeit ist jetzt für Zahlen und Worte etwas herabgesetzt, noch 1917 ist aber in der Krankengeschichte die gute Merkfähigkeit notiert. Optische Merkfähigkeit auch heute noch gut.

Das Wissen hat in letzter Zeit einige Einbuße erlitten. Pat., die früher über ihre persönlichen Verhältnisse sehr genau Bescheid wußte, kann jetzt ihr Geburtsjahr nicht sicher angeben. Von den Geburtsdaten ihres Vaters und ihrer Mutter weiß sie wohl den Tag und den Monat, aber nicht das Jahr. Einzelne Wahnvorstellungen (z. B. über den Postmeister



Bürgermeister) werden jetzt nicht mehr spontan, sondern nur noch auf Befragen vorgebracht. Die Erlebnisse des Anstaltsaufenthaltes werden gut erinnert. Die Schulkenntnisse sind sehr gering, was wohl mit ihrem unregelmäßigen Schulbesuch zusammenhängt.

Unterschieds- und Ähnlichkeitsfragen, Definitionen, Unter- und Überordnung von Begriffen richtig.

Die Weckbarkeit der Vorstellungen ist trotz ihrer scheinbaren Produktivität leicht vermindert (43 Worte in 3 Minuten). Unter den Assoziationen überwiegen die verharrenden und erklärenden. Verschiedene Fehler macht sie bei der Aufmerksamkeitsprüfung; bei der Aufzählung von Worten mit a und ohne a ist sie nicht im Zaume zu halten. Bei dem Worte „Pastor" geriet sie in eine nicht zu hemmende Erzählung ihrer gegen Pastor A. gerichteten Verfolgungsideen. Die Aufmerksamkeit ist schwer umzustellen.

Verstandes- und Scherzfragen (Kritik absurder Sätze) werden treffend und zum Teil witzig beantwortet, dagegen versagt sie beim Lückentext; auch den Sinn einer vorgelesenen Geschichte erfaßte sie nicht.

Von Sprichwörtern erklärte sie die meisten richtig; Rechnen leidlich.

Körperbefund: Herztöne rein, Puls 84. Geringe Rigidität der Arterien. L. Pupille etwas größer als die r., beiderseits prompte Reaktion. Neurologisch kein krankhafter Befund. Blutdruck 200 cm Wasser (nach *Recklinghausen*). Urin frei.

Fall 4. Heinrich R., Erbpächter, geb. 1851.

Keine Belastung, früher gesund, schlechter Schulunterricht. Nach der Schulzeit war er als Knecht bei seinem Vater und später bei seinem älteren Bruder tätig. Erst im Alter von 41 Jahren übernahm er eine eigene Erbpachtstelle und heiratete ein Jahr später. Die Erbpachtstelle wurde von ihm nach 12 Jahren (1905) wieder verkauft. An diesen Verkauf knüpft sich sein erster Prozeß. Er war damals 53 Jahre alt. R. hatte beim Auszug einen Schemel mitgenommen, der nach seiner Ansicht nicht zum Inventar gehörte. Damals scheint die geistige Veränderung bei R. eingesetzt zu haben. Denn seitdem ist ein Prozeß auf den anderen gefolgt.

1906 weigerte er sich bei Bezahlung einer Hypothek den notwendigen Abtretungsschein zu unterschreiben. Im selben Jahre hatte er mit einem Arbeiter einen Prozeß, weil er sich weigerte, den Arbeitlohn in Höhe von 95 Mark zu bezahlen. Dieser Prozeß wird durch Vergleich beendet.

1907. Klage des Arbeiters M. um einen Betrag von 20 Mark. Beendigung durch Vergleich.

1908/09 hatte R. einen Prozeß mit einem Viehhändler K., dem er zwei Kühe, die sich nachher als krank herausstellten, verkauft hatte. Er wurde verurteilt. Bei diesem Prozeß hatte R. sein Dienstmädchen zum Meineid verleitet. Er wurde deshalb zu 1½ Jahren Zuchthaus und Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte für 3 Jahre verurteilt.

Während der Verbüßung dieser Strafe führte der Altenteiler A. seinen Erbpachthof. R. weigerte sich später, die in seiner Abwesenheit



notwendig gewesene Behandlung einer kranken Kuh zu bezahlen (Betrag von 37,50 M.), und behauptete, A. habe die Erkrankung der Kuh absichtlich durch Vergiftung herbeigeführt, um ihm Kosten zu verursachen. Er verlor diesen Prozeß und lehnte es darauf ab, seinen Rechtsvertreter zu bezahlen. Dieser Streitfall wurde durch Vergleich beendet.

Im selben Jahre prozessierte er mit dem Apotheker R., dem er eine Rechnung über 3,65 M. nicht bezahlen wollte. In diesem Prozeß stellte er eine große Reihe unwahrer Behauptungen auf. Er wurde zur Zahlung verurteilt.

Im Jahre 1915 kam es über einen Betrag von 1000 M. zahlbar an den Uhrmacher L. zu einem Prozeß, der mit einem Vergleich beendet wurde.

Kurz vorher hatte er einem Arbeiter einen Koffer, einen Sack und vier Kisten zurückbehalten. Er mußte sie auf Verlangen herausgeben.

1914 wurde er von dem Kaufmann J. verklagt, dem er Wechselfälschung vorgeworfen hatte. In diesem Prozeß wurde er zum erstenmal auf seinen Geisteszustand begutachtet. Die Untersuchung fand in Sachsenberg statt. Er mußte mit Gewalt nach der Anstalt gebracht werden. Hier zeigte sich R. vollkommen unbelehrbar, er behauptete, der richtige Wechsel sei verschwunden, der vorgelegte sei gefälscht. Weiter äußerte R. noch eine große Reihe von Beeinträchtigungsideen; das Gericht habe dem J. Briefe in die Hand gespielt, die ganze Sache sei ein abgekartetes Spiel, „gewöhnliche Leute wie er bekämen kein Recht, tüchtige Menschen wie er, würden immer verfolgt." Auch in den anderen Prozessen sei er zu Unrecht verurteilt worden, die Gerichte hätten seine Zeugen nicht vernommen. Man habe ihm heimlich ein Kalb totgestochen. Auch die früheren Behauptungen, es seien ihm zwei Kühe vergiftet worden, brachte er erneut vor. Erinnerungsfälschungen konnten nachgewiesen werden; ein Amtsrichter habe ihm gesagt: „Mensch, Sie sind ja unschuldig." Die Entmündigung wurde ausgeprochen und im Anschluß daran der Meineidsprozeß wieder aufgenommen, in dem dann ein Freispruch gemäß § 51 erfolgte. Körperlich fand sich Blutdrucksteigerung, Derbheit der peripheren Arterien, Zittern der rechten Hand und Verstärkung des rechten Patellarreflexes. Das Zittern bestand seit etwa 3 Jahren (1912). Bevor die Entmündigung erfolgte, verklagte R. in letzter Stunde noch rasch den Erbpächter D. auf Zahlung von 84 M. Entschädigung, weil dieser ihm, um ihn zu schädigen, russische Kriegsgefangene fortgenommen hätte. In Wirklichkeit waren diese Gefangenen von der Militärbehörde dem D. überwiesen worden. R. behauptete dagegen, D. habe mit dem Wachmann abgemacht, ihm die Russen zu nehmen und dem D. zu geben. Beweise glaubte er in mehrmaligem, gemeinschaftlichem Kartenspiel der beiden zu sehen.

Bei der Untersuchung und Beobachtung in Gehlsheim vom 10. bis 16. 11. 1918, die auf Grund des von R. gestellten Antrags auf Aufhebung



der Entmündigung erfolgte, verhielt er sich äußerlich geordnet. Die Stimmung war leicht gehoben, das Selbstbewußtsein sichtlich erhöht. Er sei zu Unrecht entmündigt, und zwar hätten die Brüder Franz und Wilhelm D. den Entmündigungsantrag gestellt, damit sie die Entschädigung, die sie ihm wegen der Russen schuldeten, nicht zu bezahlen brauchten. Der Rechtsvertreter der Brüder, der Referendar a. D. L., den man nachher zu R.s Vormund gemacht habe, sei mit dem D. verwandt und habe nachher mit diesem zusammengehalten. Über L. äußerte er höhnisch, er sei ein „Winkeladvokat", „ein halber Advokat", „ein Referendar außer Dienst", er habe seine Sache nicht verstanden und seine Studien nicht zu Ende gebracht. R. lehnt es energisch ab, sich unter einen solchen Vormund zu stellen. Ebenso wie R. hier den Tatbestand in dem Sinne umdeutet, daß er den handelnden Personen feindselige Beweggründe unterschiebt, verhält er sich gegenüber seinen früheren Rechtsstreitigkeiten.

Schon bei seinem Prozeß vor dem Amtsgericht wegen des Erbpachthofverkaufs vor 15 Jahren wurde er unterdrückt, „einem Schulzen wird immer recht gegeben, und der kleine Mann wird unterdrückt". Er habe in seinem Leben überhaupt sehr viel Unrecht erlitten, das komme daher, weil er immer für Recht gestimmt habe, „dem Recht gehe ich nach, das ist mein Haupt". Wenn ihm einer unrecht tat, das habe er nicht ertragen, solche Sachen hätten ihn immer sehr aufgebracht. Er könne nun einmal nicht davon gehen, einen Rechtsanspruch zu vertreten und wenn nötig bis zum Äußersten zu verfolgen. So gibt er hinsichtlich seines Prozesses mit dem Apotheker R. an, „um die paar Pfennige ging es nicht, sondern um das Recht". Er fühlt sich als eine Art von Märtyrer für sein Recht. „Das habe ich in der Schule gelernt, das geht nach dem Vaterunser." Zur Begründung dieses Standpunktes entnimmt er seiner Tasche ein langes Gedicht: „Gebet der Kinder zu ihrem ewigen Vater", das in gar keinem Zusammenhang mit der Frage von Recht und Gerechtigkeit steht. Mit großer Redseligkeit beschwert sich R. über die Urteilsbegründung in dem Prozeß mit dem Apotheker R., in der er als ein „verlogener Mensch" hingestellt sei, „soll das etwa eine Gerechtigkeit sein?" Es sei eine Schweinerei. Der Streit mit dem D. wegen der Russen sei dadurch entstanden, daß der Landsturmmann, der die Russen zu bewachen hatte, auf R.s Anstiften hin versetzt worden sei. Der Wachmann habe nämlich mit allen Frauen im Dorf Verhältnisse gehabt, mit der Frau des Schulzen habe es angefangen. „Diese Schweinerei" sei ihm zu schlimm gewesen. Aber nach der Versetzung des Wachmanns sei der Neid „ein furchtbarer" gewesen, da die Frauen schlecht auf ihn zu sprechen waren. Seinem Vormund L. wirft er vor, daß er R.s Besitztum verkauft und das Geld eingesteckt habe. Als sich die Entmündigungsakten des Amtsgerichts bei der Anfechtung der Entmündigung zuerst nicht fanden, war er sogleich mit der Annahme bei der Hand, der Staatsanwalt habe die Akten weggeschmissen: „Ich kann mir das so denken." So solle er gezwungen werden, sich unter seinen Vormund zu stellen.



Daß er in der Beleidigungsklage J. freigesprochen wurde, mißdeutet er dahin, man habe ihm recht gegeben. In Wirklichkeit ist das Verfahren wegen Geisteskrankheit R.s eingestellt worden. Auch die Rechtsanwälte hätten seine Sachen öfter „versudelt", deshalb nehme er jetzt keinen Rechtsanwalt mehr. Er vertrete seine Sache selbst, da er die Rechtsangelegenheiten alle gründlich kenne. Widersprüche mit den Tatsachen beachtet er nicht oder sucht sie durch erfundene Behauptungen aus der Welt zu schaffen. Mit großer Redseligkeit erklärt er immer wieder, es sei alles „planmäßig" gegen ihn gemacht worden, „zwangmäßig" habe man gegen ihn verfahren, es läge kein „Rechtsgrund" vor. R.s gehobenes Selbstbewußtsein zeigte sich auch außerhalb seiner Rechtsstreitigkeiten. Er kann angeblich kranke Tiere besprechen und dadurch gesund machen. Wenn eine Kuh aufgeblasen sei und er ihr einige Tropfen Milch gäbe und sie bespreche, so sei sie im Augenblick besser. Das sei ein Geheimnis. Er habe nie einen Tierarzt gebraucht. Das Besprechen treibe er schon seit 20 Jahren. Auch Menschen habe er mit Erfolg besprochen, so eine Schwägerin, der er ein geschwollenes Bein besprochen habe, kurz bevor sie sich dasselbe in der Klinik in Rostock abnehmen lassen wollte. Einem jungen Mädchen, das nach seiner Beschreibung an hysterischen Anfällen litt, habe er die Krankheit durch Besprechen weggebracht. Er hat sogar ein gewisses System in der Kurpfuscherei, nicht alles kann er besprechen, Entzündung könne er besprechen, Geschwülste aber nicht. Sehr naiv und doch mit einer gewissen Verschlagenheit erklärte er, daß er sich vom Arzt nur die Diagnose sagen lassen müsse. Das sind ausgewählte Leute, denen das Besprechen gegeben ist, sie müssen an einem bestimmten Tag geboren sein. Zum Zeichen, daß er Dinge wisse, die anderen verborgen seien, gibt er den Ärzten ein Rätsel auf: „Warum die Kinder ein halbes Jahr getragen werden müssen, während die Tiere doch gleich laufen könnten." Mit scheinbarem Widerstreben läßt er sich die Lösung aber nur teilweise entlocken: eine Frau sei daran schuld, weil sie sich beim lieben Gott über diese schlechte Einrichtung beschwert habe. Als der Untersuchende die Lösung auch darauf noch nicht fand, verwies er auf die Geschichte von Herodes und den drei Weisen aus dem Morgenlande; nun müsse aber das Rätsel zu lösen sein. Weiterhin hüllte er sich in Stillschweigen.

Die Intelligenzprüfung ergab eine mäßige Herabsetzung der Urteilsfähigkeit: der Zusammenhang bildlich dargestellter Begebenheiten wurde nur teilweise erkannt. Auf falschen Deutungen beharrte er mit derselben Hartnäckigkeit, die sich bei seinen Rechtsstreitigkeiten gezeigt hatte. Gelang es ihm, eine Aufgabe zu lösen, so zeigte er kindliche Freude und großen Stolz und hob die Schwierigkeit derartiger Aufgaben hervor; so bei der Aufgabe, durcheinander gewürfelte Worte zu einem Satz zu ordnen. Einen Lückentext ergänzte er nur unvollkommen. Bei der Intelligenzprüfung trat eine auffällige Langsamkeit im Denken hervor



und eine Schwererweckbarkeit der Vorstellungen. Er konnte in einer Minute nicht mehr als acht Gegenstände aufzählen. Im Gegensatz dazu war er wortreich und weitschweifig, wenn seinem Denken keine bestimmten Aufgaben gestellt waren und er in der Unterhaltung seinen Gedanken freien Lauf lassen konnte. Die Merkfähigkeit war nicht herabgesetzt. Die Kenntnisse sind im Groben erhalten. Über landwirtschaftliche Dinge weiß er gut Bescheid; die Schulkenntnisse entsprechen seiner mangelhaften Schulbildung.

Körperlich ist er für sein Alter von 67 Jahren ein frisch und rüstig aussehender Mann. Die fühlbaren Schlagadern sind derb; der Blutdruck aber nicht erhöht (175 Wasser). Zittern der rechten Hand, das in einem früheren Gutachten festgestellt wurde, und Verstärkung des r. Patellarreflexes (s. Gutachten Sachsenberg) sind nicht mehr nachweisbar.

Die Krankheitsbilder dieser vier Kranken stimmen in so weitem Umfang mit den von *Kleist* und auch mit den von *Seelert* geschilderten Kranken überein, daß ich mich in einer Zusammenfassung der wesentlichen Züge auf die Hauptpunkte und auf einige neu bemerkte Züge beschränken kann. Im Vordergrund des Symptomenbildes steht bei allen vier Fällen die Wahnbildung, in der Beeinträchtigungsvorstellungen vorherrschen. Dazu kommt bei allen Kranken zum mindesten ein stark erhöhtes Selbstbewußtsein und eine Selbstüberschätzung, die im Auftreten der Kranken, in der Abwehr gegen ihre vermeintlichen Widersacher und in der Begründung ihres Standpunktes deutlich werden.

Fall 4 unterscheidet sich von den bisher bekannten Fällen durch ein besonders starkes aktives Vorgehen und durch die Beschränkung seiner Konflikte auf das Gebiet vermeintlicher rechtlicher Benachteiligung. So zeigt der Fall, daß die Involutionsparanoia auch einmal das Bild eines Querulanten erzeugen kann. Zu den expansiven Vorstellungen im weiteren Sinne gehören auch die erotischen Wahnvorstellungen, die bei Fall 1 und in geringerem Grade auch bei Fall 2 vorhanden sind. Ich verweise auf die überraschende Ähnlichkeit, die in dieser Hinsicht zwischen Fall 1 und den Kranken 1 und 9 aus *Kleists* Arbeit besteht: die Kranken sehen im Liebhaber zugleich den Verfolger.

Unter den Wahnvorstellungen überwiegen die möglichen und nacherlebbaren: die Kranken stellen ein fast allgemeines Übelwollen der Personen der Umgebung fest (Fall 1), werden von Nachbarn und Hausgenossen schikaniert (Fall 2), vergiftet (Fall 2), Bürger-



meister und Pfarrer lassen sie in die Anstalt sperren (Fall 4), niemand will ihnen ihr Recht lassen (Fall 4). Daneben begegnen uns aber auch wirklichkeitsfremde Wahnvorstellungen (Fall 1), wie das auch bei einigen Kranken *Kleists* und *Seelerts* vorkam. Frl. M. fühlt sich dauernd — besonders in den schlimmeren Zeiten ihrer Erkrankung — mit ihrem Geliebten in geheimnisvoller Verbindung, wird bald dorthin, bald hierhin bestellt, soll dessen Gedanken erraten, jedes Husten ist ein Signal. Vermutlich spielen hier Phoneme mit. Gerade bei dieser Kranken scheidet aber angesichts ihrer tadellosen Intelligenz, ihrer in Interessen und Charakter völlig erhaltenen Persönlichkeit jeder Verdacht einer paranoiden Defektpsychose oder Schizophrenie aus. Die Wahngebilde bestehen bei allen Kranken aus einigen wenigen Vorstellungsgruppen, die man zur leichteren Verständigung mit einem Stichwort versehen kann, wie wir es schon in den Krankengeschichten getan haben. Das sind bei Fall 1 „v. Tr. und Schwager", später „M. u. R.", endlich die Entmündigungsangelegenheit; bei Fall 2 die Geschichte von der Klavierlehrerin und dem Schüler, sowie die Vergiftungsgeschichte. Frau Sch. (Fall 3) hat vor allem die Geschichte von dem verschwundenen Bilde und das Lied vom kleinen Cohn. Diese Geschichten entstehen im Kranken zunächst unabhängig voneinander, werden aber dann mehr oder weniger eng miteinander verknüpft, ohne daß Widersprüche gänzlich ausgeschaltet würden. Am weitesten gediehen ist die sog. Systematisierung bei Fall 1, am lockersten sind die Verknüpfungen bei Fall 4. Die Wahngebilde sind beständig, geradezu starr; denn sie werden auf das Stichwort hin stets mit denselben Einzelheiten, ja oft mit denselben Worten, erzählt. Im Fall 1 wechselte die Einkleidung des Wahns, während das Schema dasselbe blieb (v. Tr. und Schwager, M. und R.). Auf die gleiche Beobachtung in *Kleists* Fall Bogner sei verwiesen.

Sehen wir von den zum großen Teil durch den Zufall der persönlichen Erfahrungen und Schicksale geformten äußeren Gestalt des Wahnes ab und suchen wir nach den der Wahnbildung zugrunde liegenden Elementarsymptomen, so zeigen sich zunächst bei allen Kranken deutliche affektive Störungen. Das den Kranken *Kleists* und *Seelerts* eigene Mißtrauen fehlt keinem meiner Fälle; am stärksten ist es bei 1 und 2. Je nach dem vorpsychotischen Temperament ist die mißtrauische Grundstimmung mehr mit Gereiztheit,

Empfindlichkeit (Fälle 1 und 2), Zorn (Fall 3), Rechthaberei (Fall 4) verknüpft. Im ganzen ist die Stimmung oft labil (besonders Fall 3) und im Beginn der Krankheit häufig deprimiert (Fall 1) oder ängstlich-erregt; letzteres dürfte bei der akuten Erregung des Pat. 3 der Fall gewesen sein, auf die zunächst eine mehrjährige Remission folgte. Die Wahngebilde sind dauernd von starkem Affekt getragen. Bei allen Erkrankten finden sich Mißdeutungen und Eigenbeziehungen, zumeist im Sinne der Verfolgung. Am zahlreichsten sind sie bei Frl. M. (Fall 1), die auch das regste Mißtrauen besitzt. Die Eigenbeziehung und Mißdeutung erfolgt hier vornehmlich im Sinne des erotischen Komplexes: Pat. sieht und hört überall Zeichen ihres Geliebten und Verfolgers. Besonders gilt ihr das Husten als Signal des Herrn M. Auch bei Frau H. (Fall 2) war die Eigenbeziehung im Sinne der Vergiftungsfurcht sehr stark. (Übergang zu Geschmacksillusionen.) Hierhin gehören auch die von falschen Voraussetzungen ausgehenden Berechnungen der Frau Sch. (Fall 3), über die von ihr noch zu beanspruchenden Gelder.

Tatsächliche Krankheits- und Altersbeschwerden bilden bei Fall 2 — wie bei mehreren Fällen *Kleists* und *Seelerts* — eine Quelle für Mißdeutungen: ein Darmkatarrh bestätigt ihren Vergiftungswahn, Atembeschwerden werden noch jetzt auf die vier Jahre zurückliegende „Vergiftung" bezogen. Diese Erscheinungen spielen aber hier längst nicht die Rolle, die ihnen *Seelert* zuschreibt.

Daneben finden wir auch Erinnerungsfälschungen, d. h. Veränderungen des Erinnerungsschatzes im Sinne der Eigen- und Komplexbeziehung, sowie — nur vereinzelt — freie Konfabulationen. Dem Frl. M. (Fall 1) haben angeblich frühere Ärzte die geistige Gesundheit bestätigt, dem Erbpächter R. (Fall 4) hat ein Amtsrichter gesagt: „Mensch, Sie sind ja unschuldig". Eine Fälschung weit zurückliegender Erinnerungen liegt offenbar auch in der Erzählung der Frau H. (Fall 2) vom Tode ihres Kindes vor, das von dem durch ihre Verwandten bestochenen Arzte mit Absicht zu Tode kuriert worden sei.

Echte Halluzinationen sind nur bei zwei Kranken mit einiger Sicherheit anzunehmen, wie auch von *Kleists* und *Seelerts* Fällen nur die Hälfte halluzinierte. Hier wie dort sind es ausschließlich Gehörstäuschungen — im Gegensatz zu den endogenen paranoiden Psychosen und Schizophrenien, die so häufig auch Sensationen und optische



Halluzinationen haben. Wenn Frl. M. (Fall 1) in aller Frühe vor ihrem Fenster pfeifen hört, so möchte ich glauben, daß das Halluzinationen sind; auch Frau Sch. (Fall 3) scheint das Lied vom kleinen Cohn mehrfach halluziniert zu haben. Eine große Rolle spielen indessen die Halluzinationen keinesfalls, weniger noch als in den Beobachtungen von *Kleist* und *Seelert*. Sie sind schwer von den etwas häufigeren Illusionen und den sehr vordringlichen Mißdeutungen abzuscheiden. Frl. M. illusioniert ihren Herrn M. in allen möglichen Gestalten, Frau Sch. (Fall 3) sah ihren alten Liebhaber einmal im Anstaltsgarten, wie er Kleider für sie an einem Baum niederlegte. Nicht unwahrscheinlich ist es auch, daß Frau H. (Fall 2) in ihrer Vergiftungsfurcht auch Geschmacksillusionen hatte, wenn auch die Mißdeutungen überwiegen. Dagegen handelt es sich um eine unverkennbare optische Illusion, wenn dieselbe Kranke im Schein ihrer Lampe das „ekelerregende Bild" des betrunkenen Schülers und das „höhnische Gesicht" der Klavierlehrerin" erblickt.

Die Denkvorgänge sind ebenso wie in den *Kleist*schen Fällen durch ein Nebeneinander von Funktionssteigerung und Hemmung charakterisiert. Wir finden eine große Weitschweifigkeit und Produktivität, besonders in der Schilderung der wahnhaften Erlebnisse und daneben in den meisten Fällen eine bei experimenteller Prüfung hervortretende erschwerte Weckbarkeit der Vorstellungen und ein Überwiegen der verharrenden über die fortschreitenden Assoziationen im Assoziationsversuch, jedoch keine echte Perseveration. Hiervon macht nur Fall 1 eine Ausnahme, die imstande war, in 3 Minuten 132 Worte aufzuzählen! Dem wahnhaften Denken haftet unverkennbar eine gewisse Einförmigkeit an; dieselben „Geschichten" beherrschen dauernd das wahnhafte Denken, und ihre Wiedergabe erfolgt mit denselben Einzelheiten und Wendungen. Frau Sch. ist im Gespräch kaum aus dem Kreise ihrer Wahnideen herauszubringen und findet auch bei der Intelligenzprüfung immer wieder Anknüpfungen an ihre Wahnvorstellungen (z. B. Fall 3 bei dem Worte „Pastor"). Auch sonst zeigt sich im Gespräch bei raschem Themawechsel eine Langsamkeit in der Umschaltung der Aufmerksamkeit. *Seelert* und *Bumke* wollen keine eigentliche ideenflüchtige Mehrleistung anerkennen, sondern nehmen an, daß nur eine Weitschweifigkeit, wie sie auch bei Senilen vorkomme, vorliegt. Mit der senilen Weitschweifigkeit und Hart-



näckigkeit hat die Denkstörung unserer Kranken gewiß Ähnlichkeit, doch läßt sich die in dem freien Denken hervortretende Überproduktion der Fälle 1, 3 und 4 unmöglich mit der senilen Weitschweifigkeit vergleichen. Die Kranken sind eben untereinander verschieden. Bei manchen überwiegen Einförmigkeit, Verharren, geminderte Verfügbarkeit über den Vorstellungschatz, bei anderen treten Überproduktion von Vorstellungen im freien Denken, sowie Ideenflucht mehr hervor. Wieweit etwa ganz allgemein die Ideenflucht als Kehrseite von Ausfallerscheinungen gedeutet werden kann, steht außerhalb dieser Feststellung.

Die übrigen Verstandesleistungen sind bei einigen Kranken völlig ungestört, bei Fall 1, deren Krankheit schon 16 Jahre dauerte, sogar noch immer auf ungewöhnlicher Höhe. Die seit 18 Jahren kranke Frau H. (Fall 2) versagte nur beim Erklären einiger Sprichwörter; im übrigen ist ihre Intelligenz, obwohl die Höhe der Krankheit zweifellos seit 6 Jahren überschritten ist, recht gut, insbesondere die Merkfähigkeit ausgezeichnet. Bei den Fällen 3 und 4 fanden sich jetzt leichte Defekte. Die Merkfähigkeit, und zwar nur die für akustisch-sprachliche Eindrücke, war im Fall 3 leicht vermindert. Dieselbe Kranke wies auch geringfügige Erinnerungsverluste (aus ihrem Lebenslauf) auf. Das Urteil war in diesen beiden Fällen leicht vermindert. Hervorzuheben ist, daß kein Fall die für senil-arteriosklerotische Gehirnveränderungen so typische Wortfindungsstörung zeigte.

Auch bei Frau Sch. (Fall 3) ist noch 1917 eine gute Merkfähigkeit festgestellt worden, obwohl damals das Leiden schon mindestens 15 Jahre, wenn wir die erste psychische Störung im Jahre 1890 als Beginn annehmen, sogar schon über 27 Jahre bestand. Der Erbpächter R. wurde erst 1918 untersucht, so daß wir nicht wissen, seit wann die leichte Urteilsschwäche bei ihm besteht.

Halten wir damit zusammen, daß diejenigen Kranken, bei denen solche leichten Defekte vorlagen, zugleich die an Jahren ältesten sind, so erscheint es durchaus möglich, daß die intellektuellen Ausfallerscheinungen einer erst nach längerer Dauer der Krankheit entstandenen Hirnarteriosklerose oder senilen Demenz angehören. Aber auch wenn diese Defekte ebenso wie die seit Krankheitsbeginn bestehenden Denkstörungen (s. o.) der Ausfluß des Krankheitsprozesses der Involutionsparanoia sein sollten, so würde sich die dieser Krank-

heit eigene intellektuelle Schädigung als ein ganz besonderer Zustand darstellen, den man nicht mit dem bekannten Bilde der arteriosklerotischen oder senilen Demenz zusammenwerfen dürfte, solange nicht die Gleichheit der hirnpathologischen Veränderungen erwiesen ist. Es könnte sich ganz wohl um einen besonderen organischen Hirnprozeß mit einer im Vergleich zur Arteriosklerose oder senilen Demenz geringeren destruktiven Tendenz handeln, oder man müßte doch eine ganz besonders milde Verlaufsform einer Arteriosklerose annehmen.

Körperliche Erscheinungen von Arteriosklerose sind auch bei drei von den vier Fällen so geringfügig, daß in Anbetracht des Alters der Kranken daraus keine weittragenden Schlüsse gezogen werden können (Fall 1: Blutdruck 200, Fälle 2 und 3: geringe Rigidität der fühlbaren Schlagadern). Lediglich der Fall 4 hatte offenbar einen leichten arteriosklerotischen Insult gehabt: 1915 zitterte er mit der rechten Hand, der Patellarreflex war r. stärker als l. Zittern bestand seit 1912, hatte also erst 7 Jahre nach dem 1. Prozeß eingesetzt. Bis 1918 hatten sich die Resterscheinungen des Insultes wieder verloren. Ein Bruder der ersten und die Mutter der zweiten Kranken waren an Apoplexie gestorben.

Die Krankheit beginnt auch bei der Mehrzahl dieser Fälle wie bei den Erlanger Kranken *Kleists* früher, als hirnarteriosklerotische Störungen oder senile Demenz aufzutreten pflegen (Fall 3 im 42., Fälle 1 und 2 im 48., Fall 4 im 53. Lebensjahr). Bei den weiblichen Kranken (1, 2, 3) fallen die ersten Krankheitserscheinungen mit dem Klimakterium zusammen. In allmählich ansteigendem Verlauf wird die Krankheitshöhe in 10 Jahren erreicht. Frau Sch. (Fall 3) erkrankte zu Beginn des Klimakteriums akut mit einer ängstlich-paranoischen Erregung von kurzer Dauer, bot dann mehrere Jahre zum mindesten keine groben Störungen und erreichte erst 12 Jahre nach der einleitenden Erregung die Höhe ihrer Krankheit. Dieser Verlauf ähnelt der Krankheitskurve der *Kleist*schen Fälle Schwarz und Müller.

Soweit die vorpsychotische Geistesverfassung der Kranken aufgehellt werden konnte, zeigte sich auch bei ihnen, daß psychopathische Konstitutionen vorlagen. Frl. M. (Fall 1) und Pat. R. (Fall 4) sind unzweifelhaft hypoparanoische Konstitutionen, letzterer mit querulatorischer Färbung, erstere mit sexu-



eller Prüderie. Beide Züge erscheinen verstärkt in der Psychose. Über die beiden anderen Kranken waren keine genaueren Auskünfte über die frühere Beschaffenheit zu erhalten. Frau H. (Fall 2) wird als eine früher sehr hochstrebende, eitle und zeitweilig sehr vergnügte Person geschildert. Frau Sch. (Fall 3) war, ihren Erzählungen nach zu urteilen, früher tätig, heiter und erotisch.

Jedenfalls lassen sich auch bei diesen Kranken wesentliche Züge des psychotischen Charakters in der vorpsychotischen Persönlichkeit wiederfinden. Die vorpsychotischen Konstitutionen sind den manisch-depressiven Veranlagungen offenbar verwandt. Dazu kommt, daß eine Kranke (Fall 1), deren Mutter auch mißtrauisch war, mehrere endogen depressive Verwandte hatte (vgl. drei Kranke von *Kleist*).

Auch an diesen neuen Beobachtungen überwiegen die weiblichen Kranken bedeutend, entsprechend den früheren Feststellungen von *Kleist* und *Seelert*.

Literaturverzeichnis.

Albrecht, Funktionelle Psychosen des Rückbildungsalters. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 22, H. 3.

Bumke, Diagnostik der Geisteskrankheiten. Wiesbaden 1919.

Ewald, Paranoia und manisch-depressives Irresein. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 49.

Kleist, Über chronische wahnbildende Psychosen des Rückbildungsalters, besonders im Hinblick auf deren Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein (Vortrag). Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 69, S. 705, 1912. — Die Involutionsparanoia. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 70, 1913.

Rehm, Referat über *Kleists* Arbeit „Die Involutionsparanoia". Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. Bd. 7.

Seelert, Paranoide Psychosen im höheren Lebensalter. Arch. f. Psych. Bd. 55. — Verbindung endogener und exogener Faktoren in dem Symptomenbilde und der Pathogenese von Psychosen. Abhandlungen aus der Neurol., Psych., Psychol. und ihren Grenzgebieten H. 6, 1919.

Berger, Klinische Beiträge zur Paranoiafrage. Monatschr. f. Neurol. u. Psych. Bd. 34, H. 3, 1913.

Krüger, Die Paranoia. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurol. u. Psych. Springer 1917.

C. v. Höβlin, Die paranoiden Erkrankungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 18, H. 3, 1913.



Forensische Begutachtung eines Spartakisten[1]).

Von

Dr. Kurt Hildebrandt.

Der psychopathische Einschlag der Revolution und der weiteren Klassenkämpfe ist so beträchtlich, daß man ihm unabhängig von jeder Parteirichtung kaum sein Interesse versagen kann. Leicht verständlich ist die Beteiligung besonders bei zwei großen Gruppen der Psychopathen. Einmal sind es Gesellschaftsfeinde und Querulanten, die auf Grund ihrer allgemeinen Ideen oder zu grob egoistischen Zwecken sich der politischen und sozialen Bewegung anschließen. Die zweite Gruppe sind die Hochstapler und Renommisten, die aus reiner Großmannssucht sich in führende Rollen drängen, zu der sie sich äußerlich eignen, weil sie den Massen imponieren und sie mit sich reißen. Zu dieser Gruppe gehört der vorliegende Fall des Kunstmalers M., der vor der Revolution anscheinend keinerlei politisches Interesse hatte und wohl auch keine materiellen Vorteile bei seiner Beteiligung im Auge hatte. Vielleicht wäre die Frage nicht unberechtigt, ob die jetzige Revolution, da ihr der alkoholische Rausch im ganzen fehlte, um so mehr des psychopathischen bedurfte. — M. war anscheinend im Alkoholgenuß immer mäßig.

Ich bin überzeugt, daß selbst für die Geschichtschreibung die Frage nach den psychopathischen Einflüssen in der Revolution nicht ganz gleichgültig sein wird. Der Fall M. würde als Material für eine solche Betrachtung nicht ohne Interesse sein. Er ist ein fast idealer Typus des gewissenlosen Psychopathen im Kriegsverlauf. Vorher mäßiger Hochstapler und Schwindler, verdient er im Kriege Millionen durch Bilderhandel, Fälschung und Schiebung. Dem militärischen Dienst entzieht er sich prompt durch eine hysterische Psychose. Seiner

---

[1]) Aus der Irrenanstalt Dalldorf (Direktor: Geh. Rat *Kortum*).



großenteils gefälschten und für zwei Millionen versicherten Bildersammlung entledigt er sich anscheinend durch Brandstiftung. Die revolutionäre Woge reißt ihn mit und führt ihn auf die Höhe. Er beteiligt sich, wie er sagt sogar ausschlaggebend, an der Wiedereinnahme des Schlosses, soll Kommandant der Volks-Marine-Division werden und besetzt später ein Telegraphenamt. Währenddessen ist er schon mit seiner Zustimmung vorläufig entmündigt, und seine Frau, die an den Schiebungen beteiligt ist, sein Vormund. Während er in der Irrenanstalt mit teuren Leckerbissen und Wein versorgt wird, bereiten sich anscheinend Spartakisten zu seiner gewaltsamen Befreiung vor, und als der Plan scheitert, versucht er sich mit einem Browning den Weg aus der Anstalt zu bahnen. Die historischen Vorgänge spielen nicht nur überall in seine Gedanken und scheinbaren Wahnvorstellungen hinein, sondern er ist aktiv mit ihnen verknüpft; das gibt dem äußeren Bilde dieser psychopathischen Auswirkungen so vergrößerte Maße.

Ich gebe das Gutachten mit einigen Kürzungen wieder.

Vorgeschichte. — Die Vorgeschichte konnte nur lückenhaft festgestellt werden, da der Beobachtete selbst keine verwertbaren, seine Angehörigen sehr unvollkommene Angaben machen.

Der Vater und die Schwester sind offensichtlich sehr zurückhaltend. Sie stellen jede erbliche Belastung in Abrede und haben den Angeschuldigten niemals für kank oder abnorm gehalten. M. besuchte die höhere Schule in L., war dann kurze Zeit Kellner und wandte sich schließlich der Malerei zu, für die er schon immer besonderes Interesse gehabt habe. Seitdem hörten die Angehörigen sehr wenig von ihm. Einmal bekamen sie Nachricht aus Südfrankreich. Auffälliges können sie nicht berichten. Über diesen Zeitabschnitt geben nur die Strafakten Aufschluß.

Im Jahre 1906, also im Alter von 20 Jahren, wurde M. wegen Unterschlagung zu 15 M. Geldstrafe verurteilt; im gleichen Jahre wegen schweren Diebstahls zu 6 Monaten Gefängnis. In letzterem Falle war er in das Restaurant eingebrochen, in welchem ihm am Tage vorher seine Stellung als Kellner gekündigt war. Er soll dabei etwas angetrunken gewesen sein und will aus Rache gehandelt haben; er hatte einen Revolver bei sich.

In den folgenden Jahren enthält das Strafregister keine Straftaten; M. dürfte in dieser Zeit Reisen nach Südfrankreich und Ägypten gemacht haben.

Seit dem Herbst 1909 erfolgt eine Reihe neuer Straftaten. M. gibt sich als Baron Karol von Woyciechowsky aus. Er will in Frankreich dessen Papiere geschenkt erhalten haben, weil er ihm klagte, seiner Vorstrafen wegen in Deutschland seine Erfindungen auf dem Gebiete der Luftschiffahrt nicht ausnützen zu können. Er stellte unter diesem falschen



Namen einen Wechsel über 70 M. aus, um dadurch einen Anzug zu erschwindeln. Weiter veranlaßte er durch seine falschen Angaben einen Ingenieur zu einem Vertrage über die Ausnutzung von Erfindungen, den er benutzte, um sich in den Besitz von dessen Zeichnungen zu setzen.

M. gab sich danach als Gesandtschafts-Attaché aus, ließ sich mit dem Stanislausorden photographieren und lieh sich dann in einem Maskengeschäft eine „französische Gesandtschaftsuniform". Als er aus Dresden ausgewiesen wurde, nahm er diese Uniform mit und verkaufte sie später an einen Kellner.

Unter dem gleichen falschen Namen und unter der Vorspiegelung eines großen Vermögens erhielt er eine Stellung bei dem Kunstverleger Kn.: sein Vater sei russischer Fürst und besitze Millionen Werte, seine Braut sei die Tochter eines österreichischen Generals. M. erhielt ein Monatsgehalt von 100 M.; er versprach, wenn er sich mit seinem Vater versöhnt hätte, sich mit 100000 M. an dem Verlag zu beteiligen; dann wollte er auch das bisher empfangene Gehalt zurückzahlen, weil er selbst zugab, dafür nichts geleistet zu haben. Als er abreiste, um sich mit seiner Braut zu treffen, lieh er sich noch 200 M., die er später nicht zurückgab.

In gleicher Weise erschwindelte er einen photographischen Apparat für 500 M., den er bald darauf verkaufte.

M. schrieb in der Untersuchungshaft in einem Brief folgendes:

„Die Hofuniform wollte ich mir nicht, durch Unterschlagung oder Betrug aneignen; sondern hate ich Sie mir zu einem Humoristischen Vortrag gelihen. Daß ich dieselbe nicht zurück befördert habe, verschuldet mein Zustand in dem ich mich befand; als meine Sachen eingepackt wurden. Denn wie ich aus Dresden nach Berlin gekommen bin, weiß ich mich absolut keiner Einzelheit zu erinnern. Überhaupt seit der Minute da ich die Polizeiliche Ausweisung aus Sachsen erhalten hatte befand ich mich in einem Unzurechnungsfähigen Zustande. Denn nur mit Hilfe meiner Wirten der Frau Bl. und der Louise V. konnten meine Sachen eingepackt werden und ich Dresden, in Begleitung Letzterer verlassen. . . .

Zur Bestetigung der von mir erwenten Geistesschwäche bitte ich die Louise V. vernemen zu wollen; eventuell auch meine Eltern. Dieweil diese Geistesschwäche keine Neue sondern nur eine mit der Zeit zunemende ist. Habe mich in Marseille von Prof. Dr. Bergé auf diesen Geisteszustand untersuchen lassen. Der Arzt erklerte mir den Zustand als sehr bedenklich, und gebot mir Vorsicht; bei auf mein Gemüt und Geist wirkenden Vorfällen."

M. behauptet weiter sogar, seine hochstaplerischen Angaben „in einem Anfall von Größenwahn" gemacht zu haben.

In einem Brief an die Angehörigen schreibt er:

„. . . Bei meiner Verhaftung wurde ich nemlich dem Herrn Polizeipräsidenten vorgefürt betrefs einer Unterredung, diese artete zum Schluß in persönliche, gegenseitige Beschimpfungen aus. Ihr werdet nun ver-

stehen, warum die Polizei sich mit der Untersuchung meiner Personalien durchaus nicht eilt; sondern alles mögliche versucht um mich hier nur recht lange zappeln zu lassen. Denn am letzten Montag wurde ich wieder vernommen und man glaubt mir noch immer nicht daß ich B. M. bin. Sollte ich aber nach 3—4 Wochen, noch immer so weit sein wie jetz, so werde, ich mich mit einer Beschwerde an das Justitz-Ministerium wenden: Denn 4 Wochen bin ich schon in Haft. . . .“

Im Jahre 1910 stellte M. vor Ablauf einer Gefängnisstrafe, die bis zum 5. X. reichte, den Antrag, ihm bis zum Antritt der nächsten Strafe eine längere Zwischenzeit zu gewähren, da er körperlich sehr heruntergekommen und sehr nervös sei. Der Antrag wird wegen nicht genügender Begründung abgelehnt.

Am 26. XI. 1910 legt er Berufung gegen ein Urteil ein. In der mehrere Seiten langen Eingabe sind wieder einige auffallende Sätze:

„Nach meiner Entlassung werde ich aber bestimmt mit der Verwirklichung meines Projekts beginnen, dieweil die Kosten minimal sind und ich matriell in der Lage bin, und vor allem zu meiner Sache keine Aristrokaten und andere Gimpel, wie sie Gebler sucht, und zu benötigen glaubt, brauche. Denn solche Leute sind nach meiner Erfahrung, wenn sie wirklich etwas Geld besitzen, für solche Unternehmungen nicht zu interessieren, . . . Da meine Geistesschwäche, wie auch allgemeines Nervenleiden mich verteidigungsunfähig machen, bitte ich um einen Rechtsanwalt als Rechtsbeistand.“

M. wird nunmehr in der Irrenanstalt Plagwitz vom 8. II. bis 21. III. 1911 auf seinen Geisteszustand beobachtet. Aus dem erstatteten Gutachten sei folgendes hervorgehoben:

Die gespreizten Finger und die Zunge zitterten feinschlägig. Die Sehnenreflexe an Armen und Beinen waren gesteigert. Die Berührungsempfindlichkeit war erhalten, dagegen wurden tiefe Nadelstiche und selbst Durchstechungen ganzer Hautfalten nicht als schmerzhaft empfunden. Der Gang war zögernd und von scheinbarer (psychisch bedingter) Unsicherheit. M. sprach leise, meistens Französisch, verstand anscheinend Polnisch, tat aber, als ob er Deutsch gar nicht oder nur schwer verstünde. Fragen beantwortete er nicht oder nicht sinngemäß. Er schien über Zeit, Ort und Umgebung desorientiert. Er sprang am ersten Tage oft grundlos aus dem Bett, um dann ratlos stehen zu bleiben. Nach einigen Tagen kehrt allmählich die Orientierung zurück; er will aber von seiner Vorgeschichte absolut nichts wissen, nicht einmal seinen Namen. Allmählich kehrt auch diese Erinnerung zurück, doch bleibt er dem Arzt gegenüber bis zuletzt sehr zurückhaltend, während er dem Pflegepersonal gegenüber sehr gesprächig ist, von seinen Reisen erzählt, mit seinen Bildern, seinem Geldgewinn und seinen „vielen Verhältnissen“ renommiert.

Der Gutachter nahm an, daß M. anfangs der Beobachtung einen hysterischen Dämmerzustand gehabt habe. Simulation hält der Gutachter



in dieser Beziehung für ausgeschlossen, wofür er überzeugende Gründe anführt. Diese Krankheit sei höchstwahrscheinlich kurz vor dem Termin zur Hauptverhandlung im Berufungsverfahren ausgebrochen. Am Schluß der Beobachtung sei M. als geistig und körperlich gesund zu erachten gewesen. Es sei auszuschließen, daß er während der Straftaten im Oktober 1909 geistesgestört gewesen sei, wohl aber sei er als eine geistig minderwärtige Person anzusehen.

Über die folgende Zeit kann nur seine Ehefrau Auskunft geben. Deren Glaubwürdigkeit ist allerdings zweifelhaft, doch sind die Angaben anscheinend zum Teil richtig Im Gegensatz zum Vater des Angeschuldigten behauptet sie, eine seiner Schwestern habe sich aus Liebeskummer das Leben genommen, ein Bruder sei derart leidenschaftlich, daß die Familie sehr darunter litt. Im übrigen könne sie über die Vorgeschichte wenig sagen, da M. alles getan habe, ihren Verkehr mit seiner Familie zu verhindern. Er vernichtete die Briefe seiner Angehörigen, und zwar oft, ohne sie gelesen zu haben. Gegen seinen Willen habe sie die Eltern einmal aufgesucht. Sie habe gehört, daß M. das Lieblingskind der Eltern gewesen sei; sonst sei ihr nichts Auffälliges mitgeteilt.

Sie selbst habe ihn 1912 kennengelernt auf dem Schloß des Fürstbischofs v. Kopp „Johannisburg", wo er ein Porträt zu malen hatte. Sie sah ihn nur einen Tag und korrespondierte seitdem $1^1/_2$ Jahr mit ihm. Sie war bereits verlobt. Die Briefe des M. imponierten ihr aber, ebenso seine schönen Bilder. „Er verstand es, unsere Zukunft in so schönem Lichte zu malen." Nach einem kleinen Zwist mit dem Verlobten verließ sie plötzlich das elterliche Haus, traf sich mit M. in Köln, wo sie die Ehe schlossen. Schon in den ersten Tagen verprügelte M. sie einmal heftig, als sie ihm im Scherz eine leichte Ohrfeige gegeben hatte.

Anfang 1914 fiel er einmal in der Wohnung plötzlich um, war bleich und völlig bewußtlos. Solche Anfälle sind seither öfters aufgetreten, und zwar gewöhnlich 1—2 Tage nach einer besonderen seelischen Erregung. Während der Bewußtlosigkeit liegt er ruhig da. Von Krämpfen hat die Ehefrau nichts bemerkt; ebensowenig hat er sich eingenäßt, verletzt oder aus dem Munde geblutet.

M. sei immer sehr erregbar und könne sich nicht beherrschen. „Er macht mir Auftritte auf der Straße, das ist mir das Unangenehmste auf der Welt." Bei der geringsten Kleinigkeit warf er den ganzen Tisch um oder zerstörte wertvolle Bilder. Er schlug die Ehefrau oft. „Ich habe mich schon daran gewöhnt." Er liebe die Kinder, vergöttere sie, sei dann wieder unverantwortlich rücksichtslos und prügele sie in gefährlicher Weise; trotzdem hängen sie sehr an ihm.

Auf Fremde mache M. einen gewinnenden Eindruck, habe aber keine dauernden Freunde, weil er mit ihnen durch seine Reizbarkeit schnell auseinander komme. Leichtsinn und übertriebenes Mißtrauen wechseln schnell bei ihm. Wein trinke M. mäßig, nie sei er angetrunken.



Er schwitze stark, habe nachts oft Herzklopfen, bisweilen ängstliche Träume. Dann wecke er wohl auch das ganze Haus, weil er fürchte, es seien Einbrecher im Hause.

Vor der Ehe habe er auch ihr erzählt, er sei Sohn eines russischen Großfürsten. Seine Briefe trugen ein Wappen.

Soweit der Bericht der Ehefrau. —

Aus den Akten des Amtsgerichts T. ist zu entnehmen, daß M. seit November 1913 in P. wohnte. Dort soll er mehrfach auf der Feldmark mit einem Gewehr gesehen sein. Die Einwohner fürchteten ihn jedenfalls als einen aufgeregten und nervösen Menschen. Vorladungen des Amtsvorstehers und des Gerichts folgte er nicht.

Nach den genannten Akten sollte in der Wohnung des M. in P. eine Pfändung vorgenommen werden. M., der im Bett lag, bedrohte den Beamten mit Erschießen. Zu dem im Juli anberaumten Termin erschien M. nicht und entzog sich der Verhaftung. Am 15. VIII. 1914 erfolgte dann in Berlin seine Verhaftung. Nachdem am 28. VIII. 1914 die Verurteilung des M. zu 3 Monaten Gefängnis erfolgt war und er die Strafe angetreten hatte, reichte die Ehefrau am 30. VIII. ein Gnadengesuch ein, das abgelehnt wurde. Am 7. X. beantragt die Ehefrau die Haftunterbrechung bzw. Wiederaufnahme des Verfahrens, indem sie behauptet, daß M. „durch hochgradiges Nervenleiden, auch nach Feststellung des Anstaltsarztes, nicht strafvollzugsfähig ist". „Das Leiden meines Gatten ist ein dauerndes und besonders bei Begehen der angeblich strafbaren Handlung war mein Gatte stark leidend." Er sei bei der Hauptverhandlung verhandlungsunfähig gewesen. Sie wirft dem Gericht eine „Verletzung des Gesetzes mit rechtswidriger Absicht, über meinen Gatten ein möglichst hohes Urteil zu fällen", vor.

Am 21. X. schreibt M. an die Staatsanwaltschaft, das gegen ihn gefällte Urteil scheine ihm ein Justizverbrechen schlimmster Art. Er bittet um Unterbrechung der Haft bis zur Wiederaufnahme des Verfahrens. Durch das ungerechte Urteil sei er von seiner Pflicht für das Vaterland lange genug abgehalten, er bittet um die Möglichkeit, bald ins Heer einzutreten.

Der Gefängnisarzt gibt indessen am 3. XI. sein Gutachten ab, daß M. haftfähig sei. Daraufhin lehnt M. den Amtsrichter wegen Befangenheit ab, da er den Arzt beeinflußt habe.

Er gibt am 21. XI. eine Beschreibung seiner Straftat, in der er sein Recht nachzuweisen sucht, sie aber weder auf seine Krankheit zurückführt, noch Erinnerunglosigkeit behauptet.

M. verbüßte die Strafe bis Anfang Dezember 1914.

Aus den Krankenblättern des Heeres geht hervor, daß M. am 13. VI. 1915 als Kriegsfreiwilliger in Gera bei der Infanterie eintrat. Schon am 1. VII. 1915 wurde er in das St. Georg-Krankenhaus Breslau aufgenommen. M. hatte vom 10. bis 13. VII. 1915 Urlaub nach Breslau zu seinen An-



gehörigen. Am 14. VII. wurde Prof. ***Mann*** zu ihm gerufen. Der Kranke lag tief schlafend, schweißbedeckt, mit sehr beschleunigtem Puls im Bett. Er reagierte auf Hautreize mit Abwehrbewegungen, erwachte aber nicht. Die Pupillen reagierten. Er lag dann noch 2 Tage im Schlaf. Die folgenden Tage war er gehemmt und ratlos und hatte angeblich keinerlei Erinnerung an die ganze Militärzeit, wollte überhaupt Gera nicht kennen. Die Frau gab damals an, er sei oft aus kleinen Anlässen sehr erregt gewesen, vernichtete z. B. die eigenen Bilder. Im Anschluß daran jedesmal mehrtägiger Schlafzustand; Temperament eigenartig und wechselnd. Oft in der Einsamkeit, sprach wochenlang nicht mit seiner Frau.

Am Rande des Auszuges ist vermerkt: „Psychopathie (Dämmerzustände mit retrograder Amnesie), epileptische Dämmerzustände (Simulation?)“.

Unter dem 17. VII. ist von Prof. *Mann* vermerkt: „Es handelt sich um einen psychopathisch veranlagten Mann, der an psychischen Erregungszuständen sowie Schlaf- und Dämmerzuständen leidet mit retrograder Amnesie. Er muß deshalb als dauernd nicht verwendungsfähig bezeichnet werden.“

Am 25. VII. entwich er morgens und ward abends von seiner Frau zurückgebracht. Er behauptete am nächsten Tage, sich an den Entweichungsvorgang nicht erinnern zu können.

M. wird dann in die Kgl. Nervenklinik verbracht unter der Diagnose: „Postepileptischer Dämmerzustand“.

In der Psychiatrischen Klinik zu Breslau war er anfangs erregt, schlug dem Untersucher die Lampe aus der Hand, gab aber bald danach willig Auskunft. Er bestritt nun entschieden, überhaupt Soldat gewesen zu sein, vielmehr habe er überall hin versucht, sich als Freiwilliger zu melden, es sei aber nirgends gelungen. Er machte dabei einen leicht benommenen Eindruck und versank oft scheinbar in Unaufmerksamkeit. Seine Frau habe ihn ganz verdreht gemacht, sie habe ihm auch eingeredet, er sei Soldat. Er habe an Schwindelanfällen mit Bewußtlosigkeit gelitten. Danach trat zeitweise Vorbeireden auf. Beim Gehen taumelt er hin und her und läßt sich stützen. Kurz danach steht er aber mit geschlossenen Augen ganz ruhig. Wochenlang macht er einen benommenen, dösigen Eindruck, dann wird er allmählich freier. Im Verkehr mit andern ist er lebhaft und vergnügt, spielt und unterhält sich, ist aber sehr unbeliebt wegen seines anmaßenden Auftretens und hat häufig Konflikte. Dem Arzt gegenüber dagegen bleibt er weiter scheinbar benommen. Er bestreitet auch weiterhin, Soldat gewesen zu sein. Er drängt immer mehr auf seine Entlassung, verlangt aber, man solle ihn nicht etwa zu einem Truppenteil schicken, sonst reiße er unterwegs aus. Krank sei er nicht gewesen, er sei vielmehr von jeher ein komischer Mensch gewesen.

Unter der Diagnose „Psychogene Psychose, Simulation“ wird er als dienstunbrauchbar am 4. XI. 1915 entlassen.

Die Ehefrau gibt weiter an, daß sie ihn am 4. IV. 1916 in die offene Abteilung der Heilanstalt Dr. *E.* in Ch. gebracht habe, weil sie in anderen Umständen war und infolgedessen sich seinen Mißhandlungen nicht aussetzen konnte.

Nach dem Krankenblatt dieser Anstalt machte die Ehefrau dort die schon oben erwähnten Angaben, setzte aber weiter hinzu, daß ihr Mann mehrmals bis 4 Tage keine Nahrung zu sich nahm, künstlich ernährt werden mußte und in schweren Anfällen unter sich gelassen habe. Einmal (!) sei er umgefallen.

Bei der Untersuchung fällt vor allem die völlige Empfindungslosigkeit der Haut auf, doch sind die Bindehautreflexe vorhanden.

Am 5. IV. behauptet er, alles doppelt und dreifach zu sehen. Am 6. glaubt er sich noch in Breslau, kann seine Wohnung und sein Alter nicht nennen. Am 7. IV. wird er bereits von der Ehefrau nach Haus genommen. Es wurde die Diagnose auf „epileptische Dämmerzustände" gestellt.

Nach dem Bericht eines Agenten vom 29. I. 1919 hat M. in Breslau sozusagen von der Hand in den Mund gelebt. Die Frau M. habe von der Portierfrau kleine Geldbeträge leihen müssen. Der Schwiegervater sei ein kleiner Restaurateur gewesen. Ob M. legitim verheiratet sei, werde bezweifelt. In Künstler- und Kunsthändlerkreisen werde er als Hochstapler geschildert. Er habe Gemälde angeblich von Renoir und Manet ausgestellt, deren Echtheit stark bezweifelt wurde, so daß er die Gemälde zurückziehen mußte. Eine Reihe von Prozessen wegen gefälschter Bilder solle gegen ihn schweben.

Weiter befinden sich bei den Akten mehrere Gutachten, aus denen hervorgeht, daß es sich bei einem Teil der Bilder um grobe Fälschungen handelt.

M. galt in Breslau als Rohling; es wurde erzählt, daß er einem Herrn, der ihm wegen eines Bildes von zweifelhafter Echtheit Vorwürfe machte, eine in der Nähe stehende Büste ins Gesicht geschlagen habe.

Die Ehefrau erzählt weiter, daß sie im Sommer 1918 nach Berlin übersiedeln wollten. M. fuhr voraus und nahm 28000 M. mit. Von diesen gab er 16000 M. im Hotel Adlon im Verkehr mit Weibern aus. Er ließ sich dann von der Ehefrau überreden, in ein Sanatorium zu gehen. Sie habe damals die Absicht gehabt, sich von ihm scheiden zu lassen, doch sei sie davon abgekommen, weil sie eingesehen habe, daß er geistesgestört sei.

Nach der Krankengeschichte jener Heilanstalt in einem Berliner Vorort wurde er dort vom 30. V. bis 30. X. 1918 behandelt. Am 30. V. ist vermerkt: Während der Unterhaltung öfter kurz dauernde Momente von deutlicher Bewußtseinstrübung, verliert dann den Faden des Gespräches, fragt: „Habe ich eben was gesagt?"

Am 9. VI.: War heute sehr unruhig, erzählte heute einem Mitpatienten, „nachts sei ihm ein Gespenst erschienen, das habe ihn erwürgen wollen, er habe aber fest mit der Faust darauf losgeschlagen". Da es



nicht abgelassen, sei er aufgestanden, habe sich ein Stilett geholt und darauf losgestochen. Zu Hause habe er ähnliche Erscheinungen gehabt. Da habe er einmal seine Frau, die er nicht erkannt hatte, schwer mißhandelt und mit einem Revolver auf sie geschossen.

Am 25. VI. 1918 wurde er unverändert nach Hause beurlaubt.

Indessen wurde gegen M. das Entmündigungsverfahren eingeleitet, in welchem am 19. X. Vernehmungstermin stattfand. Auf Grund der früheren Beobachtung stellt Sanitätsrat Dr. *T.* (am 7. I. 1919) ein schriftliches Gutachten aus.

Von der Vorgeschichte war dem Gutachter nur wenig bekannt, insbesondere nicht die Vorstrafen. Die Intelligenzprüfung ergab keine gröberen Defekte. Besonders betont wurde die starke Affektlabilität, der schnelle Wechsel zwischen leicht gedrückter Stimmung, auffallender Lustigkeit und anscheinend unmotivierter Tobsucht. Die Frage nach eigentlichen Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen wird unentschieden gelassen. Die Diagnose wird auf „Entartungsirresein mit deutlichen Anzeichen einer epileptoiden Störung (Bewußtseinstrübung, explosive Erregungszustände mit nachfolgenden Erinnerungslücken)“ gestellt. „Es handelt sich also bei M. um eine Kombination von Degeneration und Epilepsie. ... M. ist geisteskrank im Sinne des § 6 BGB. und nicht imstande, seine Angelegenheiten zu besorgen.“

Nach den Angaben der Ehefrau interessierte sich M. früher niemals für Politik; an den Wahlen nahm er nicht teil. Erst wenige Monate vor der Revolution begann sein Interesse durch Zeitungslektüre. Er las regelmäßig das Berliner Tageblatt. Beim Ausbruch der Revolution war er außerordentlich erregt. Als Matrosen in einem Auto vorfuhren, schloß er sich diesen an. Er verkehrte im Anschluß daran auch mit Dornbach (dem berüchtigten Kommandanten der Volksmarine-Division im Schloß), dem er größere Geldsummen gab. Er bewirtete auch die Spartakisten in seinem Hause mit Schinken und Wein.

Der Zeuge N., der in jener Zeit Diener bei M. war, gibt an, daß das Verhältnis des Ehepaares kein gutes war. Er bezichtigt die Ehefrau der Urkundenfälschung und Schiebung. M. habe geäußert, daß er einen Milliardenbetrag von den Russen im Flugzeug nach Deutschland bringen wollte. Trotzdem halte er ihn nicht für geisteskrank, sondern für einen gebildeten und klugen Menschen.

Bei einer späteren Vernehmung gibt derselbe Zeuge an: M. sei ihm als jemand genannt, der für Lebensmittel jeden Preis bezahle. Kurz nachdem er bei M. in Dienst getreten war, wie er glaube am 24. XII., erzählte er dem Angeschuldigten, daß in Berlin geschossen würde. „M. zeigte sich auch gleich sehr erregt und veranlaßte mich, gleich mit ihm zum Schloß zu fahren. Auf der Schloßtreppe stand ein schmächtiger Mann in Zivil mit dunklem Haar. M. sagte zu mir, das sei Dornbach. Er begrüßte sich ½ Stunde später mit Dornbach im Schloßportal, sprach



auch mit den Offizieren der Gardeulanen und redete ihnen zu, die Waffen abzugeben. Er sagte dabei, er würde mit seinem Leben für ihre Sicherheit eintreten." Dornbach sei zwei- bis dreimal in seiner Wohnung gewesen; sie hätten davon gesprochen, daß M. Delegierter der Volksmarine-Division werde und dieser Geldmittel zur Verfügung stellen sollte.

Der Zeuge F. gibt an, daß M. ihm ein Jahresgehalt von 12000 M. und außerdem Tantiemen als Geschäftsführer vertraglich zusicherte. Er glaube jetzt, daß M. hierdurch nur die Bilder seines Schwiegervaters, eines Kunsthändlers, in Kommission bekommen wollte. M. habe später diesen Vertrag als Scheinvertrag bezeichnet. Weihnachten und Silvester habe M. erzählt, daß er eine große Rolle in der Matrosen-Division spiele, er solle für Dornbach Kommandant werden (Dornbach hat dies bestätigt), er sei einstimmig gewählt worden. In seiner Wohnung sollten die Bureaus eingerichtet werden. Er bezeichnete sich als Bolschewist. Zeuge hatte von M. den Eindruck eines erregbaren und jähzornigen, aber durchaus vernünftigen Menschen und sehr gewiegten Geschäftsmannes.

Der Zeuge Rechtsanwalt P. war ebenfalls bei der Silvestergesellschaft und bekundet: „M. äußerte noch radikalere Ansichten als Dornbach."

Oberleutnant v. H. bekundet, daß M. als gewalttätiger Spartakist bekannt war. Der Matrose R. teilt mit, daß M. Dornbach und Raedel eine Million zu spartakistischen Zwecken zur Verfügung stellte. Ob dies Geld ausgezahlt wurde, sei nicht bekannt. Die Spartakisten sollen das Versprechen gegeben haben, M. zum Kommandanten von Berlin einzusetzen.

Der Zeuge R. bekundet: „Ich habe M. verschiedentlich im November und Dezember auf den Versammlungen der Urlauber und Versprengten gesehen. Er trat sehr elegant gekleidet auf und legte ein sehr selbstbewußtes (ursprünglich stand da „pathologisches") Wesen zur Schau. . . ."

In der Nacht vom 3. zum 4. Januar 1919 war der Brand ausgebrochen, dessen Anstiftung ebenfalls dem M. zur Last gelegt wird.

Die betreffenden Räume hatte Frau M. im Beistande ihres Ehemannes für eine Gemäldegalerie gemietet. Der Kontrakt lief vom I. VII 1918 auf 3 Jahre. Der Mietspreis betrug 32000 bzw. 38000 M. Frau M. schien sich um die Sache nicht mehr zu kümmern. M. selbst begann erst im Dezember 1918 die Räume instand zu setzen, machte aber nur sehr geringfügige Aufwendungen zu diesem Zweck. Die untergebrachten Gemälde hatte M. für 2 Millionen Mark zu versichern beantragt.

Der Zeuge N., der am Abend vor dem Brande mit M. in den Räumen war, bekundet: „Mir ist nur aufgefallen, daß M. bei der Vernehmung auf dem Polizeirevier wiederholt zu mir sagte: „Na, N., sagen Sie es nur ruhig, wenn Sie Zigaretten geraucht haben, es geschieht Ihnen ja nichts."



Wie aus den Gutachten der Sachverständigen hervorgeht, handelt es sich bei den Bildern zum Teil um grobe Fälschungen.

Die Bilder waren angeblich im Besitz des Grafen Gr. und dem M. nur in Kommission gegeben.

Bei der Vernehmung gestand M. im Gegensatz zu seiner Frau ein, daß die Verhandlung mit dem Grafen Gr. nur zum Schein geführt wurde, um die Umsatzsteuer nicht zu zahlen. M. leugnet jede Schuld und gibt über die Vorgänge einen sehr detaillierten und genauen Bericht. Er will der Ansicht gewesen sein, daß er auf die Versicherung noch keinen Anspruch hatte, weil er nur Deckung bis zum 28. Dezember hatte.

Zeuge N. macht über das Verhalten des M. am Tage nach dem Brande folgende Aussage:

„. . . Am nächsten Morgen kam ich gegen 10 Uhr in die M.sche Wohnung. Ich fand Frau M. in größter Aufregung vor, sie erzählte mir von dem Brande. Zwischen 12—1 Uhr, genau weiß ich das nicht, kam M. sehr niedergeschlagen nach Hause. Er sagte zu mir, er sei ein ruinierter Mann, wenn ihm nicht Graf Gr. unter die Arme greife, sei er ein verlorener Mann. Er habe für mich auch sorgen wollen, aber ich müsse mich nun entscheiden, ob ich weiter zu ihm halten wolle. Ich bin am Abend weggegangen und nahm noch einen Einschreibebrief an eine Versicherungsfirma mit. Am nächsten Tage, das war nun also, wenn der Brand in der Nacht vom 3. zum 4. Januar gewesen, am 5. Januar 1919, kam ich wieder in den Vormittagstunden zu M. Er lag auf einer Chaiselongue im Speisezimmer und machte noch einen leidenden Eindruck. Ich war viel bei ihm im Zimmer, wo wir über den Brand sprachen, dann auch viel in der Küche. M. las in der Zeitung etwas von den beabsichtigten großen Demonstrationen und war auf einmal wie elektrisiert, der ganze Brand war vergessen, und er wollte durchaus zum Tiergarten, wo um 2 Uhr die Demonstrationen beginnen sollten. Er sagte, ich müsse mit ihm dahin. Von seiner Frau ließ er die rote Fahne suchen, ich weiß bestimmt, daß die Fahne in der Küche aufgesteckt war. Es war eine Lanze und ein schmales Stück rote Seide, in das auf der einen Seite bereits ein Saum genäht war. In diesen Saum wurde die Lanze eingezogen und die Fahne war fertig. . . . Frau M. schärfte mir ein, ja für ihren Mann zu sorgen, daß nichts passiere; sie war sehr ungehalten darüber, daß sich ihr Mann an den Demonstrationen beteiligte."

Der Zeuge R. gab über die Vorgänge am gleichen Tage, die jetzt zur Verhandlung stehen, einen ausführlichen Bericht: M. wird als eine der Hauptgrößen der Spartakisten bezeichnet. M. forderte die Menge auf, sich vom Marstall Waffen zu holen. Da dies fehlschlug, besetzte er das WTB., wo er Maschinengewehre erbeutete. Von da ging der Zug in die Franzer-Kaserne, wo M. eifrig Waffenempfangscheine ausstellte. M. zog dann mit etwa 100 Mann und 38 Gewehren nach dem Potsdamer Platz, von da aus nach dem Telegraphenamt in der Oranienburger Straße, welches



er besetzte. „M. hatte einen großen Einfluß auf die Leute, es wurde nich lange beraten, M. machte in aller Öffentlichkeit seine Vorschläge, die von den Genossen gutgeheißen wurden."

Zeuge L. erklärt: „Der Mann, von dem ich spreche, war sehr von sich eingenommen. Er machte immer so große Handbewegungen, als wenn er die Menge beschwichtigen wollte, und er hatte in der Tat einen großen Einfluß auf die Leute."

Am 12. I. 1919 ließ M. sich wieder als freiwilliger Pensionär in die St. J.-Heilanstalt aufnehmen. Im Krankenblatt ist vermerkt:

„Ganz der alte. Heftige Erregungszustände. Mißhandlung der Frau. Hat sich an den politischen Wirren beteiligt, war eine Zeitlang Führer der Volksmarine-Division. In jeder Hinsicht der alte Phantast.

30. I. 1919. In der Anstalt geordnet, sich ganz situationsgemäß benehmend. Bei Besuch der Frau oft enorm erregt und brutal.

10. II. 1919. Ganz der alte. In der Anstalt ruhig und zufrieden; kann aber keinen Widerspruch vertragen, wird dann gleich heftig erregt und enorm ausfallend.

14. II. 1919. Gebessert nach Hause entlassen."

M. selbst bemerkt, daß er von der Anstalt aus oft nach Berlin fuhr, was auch aus Zeugenaussagen hervorgeht.

Am 6. II. 1919 wurde der Haftbefehl erlassen, M. konnte indessen erst am 8. III. 1919 in seiner Wohnung festgenommen werden.

M. bestreitet jede Beteiligung an den Spartakusputschen im Januar und erklärte, er wisse nicht einmal, was Sozialismus ist. Die Anzeige gegen ihn müsse auf einem Racheakt beruhen. Auf Vorhalt gibt er allerdings zu, daß ihn am 9. XI. 1918 republikanische Soldaten im Lastauto von seiner Wohnung holten und er sich im Reichstagsgebäude der Revolution zur Verfügung stellte. Trotzdem verstehe er von Sozialismus nichts. Zwar habe er sich kürzlich eine Broschüre „Was man über den Sozialismus wissen muß" gekauft, habe sie aber noch nicht gelesen. Im Reichstag habe er einen Ausweis bekommen, daß er zur Regierung gehöre. „Ich behaupte, daß ich mir diesen Ausweis auch lediglich geben ließ, um mich so vor einem etwaigen Plünderungsüberfall der Sozialisten oder der Spartakisten zu sichern. Ich wollte solchen Elementen damit beweisen, daß ich einer von ihnen sei."

Gleichzeitig macht die Ehefrau geltend, M. sei geisteskrank und entmündigt.

Am 12. III. macht M. ähnliche Angaben, gibt außerdem zu, den Spartakisten Geld gegeben zu haben; verbessert sich dann: er wisse gar nicht, ob es Spartakisten waren, Spartakisten und Sozialisten könne er nicht unterscheiden. Er fügt hinzu: „Ich bin nervenleidend, insbesondere ist es meine Krankheit, alle Leute zu beschenken. Nur dieser Umstand kann zu dem Verdacht gegen mich beigetragen haben."



Am 18. und 25. III. äußert sich der Gefängnisarzt gutachtlich, M. sei haftfähig.

Am 9. IV. zeigt M. bei der Vernehmung ein ganz verändertes Wesen: „Eine Vernehmung ist nicht möglich, der Angeschuldigte antwortet ganz schleppend, kennt seinen Vornamen nicht, gibt an, er sei am 10. Oktober in Ostpreußen geboren. . . .“ Er bestreitet die Vorstrafen. Über seine Vorgeschichte macht er verworrene oder gar keine Angaben. Dagegen kommt er immer wieder auf die Beschuldigungen zurück. Er beweist sein Alibi, indem er die Besucherinnen nennt, die den ganzen Tag bei ihm waren. N. habe ihn verleumdet, weil er wegen Erpressung angezeigt sei. R. müsse mit ihm unter einer Decke stecken.

Anfang April schreibt M. einen ausführlichen Brief an seine Frau. Er geht genau und anscheinend sachgemäß auf die Unternehmungen der Frau ein. Die 1000 Mark, die sie für seine Entlastung jemandem gezahlt habe, seien rausgeworfen. Er bedankt sich für selbstgebackenes Brot. Dann schreibt er weiter: „Meine Augen füllen sich mit Tränen, es fällt mir schwer, es Dir zu sagen, aber Du mußt es wissen — ich ertrage diesen Zustand nicht länger. Sollte der Fall in dieser unheimlichen ekelhaften Umgebung eintreten, bitte ich Dich — liebstes Weib — erfülle mir den letzten Wunsch. Nimm mich ganz still und unauffällig zu Dir nach Hause, und wenn auch nur auf einen Tag und eine Nacht. Du brauchst Dich nicht mehr vor meiner Wut zu fürchten, denn ich habe Euch drei so lieb, ach, so unendlich lieb. Auf meinen Platz am Fenster leg mich hin und laß auch die Kinder zu mir kommen. Keiner darf weinen, darum bitte ich besonders. Wenn dann die Stunde der Trennung gekommen ist, bringt mich hinaus zu meinem lieben kleinen „Heidi“ mit den wundervollen Engelsaugen. Zu ihm zieht es mich, nach ihm sehne ich mich so unbeschreiblich, weil ich Nie und Nichts in meinem Leben so geliebt habe. Dort draußen am Wald und Wasser, da scheint die Sonne so schön. Ach, wie würde ich mich dann freuen, wenn auch nur Einer von Euch mich besuchen kommt. Euer Leben lang will ich, und werde ich, immer und überall segnend und schützend meine Hände über Eure Köpfchen halten. Mein letzter Seufzer sei ein Dankgebet für Dich. Darum vergib am Schlusse alles Böse, Deinem armen Narren — der innigst darum bittet.

Indem ich herzlich grüße, küsse ich im Traum, Dich und meine lieben kleinen Puttchens

als Dein allezeit treuer Mann.“

Am 7. IV. 1919 wurde Geheimrat *H.* zu M. gerufen. „Dieser lag im Bett, antwortete nicht, machte ständig kauende Bewegungen und in diesem einem Stupor ähnlichen Zustande blieb M. einige Tage, bis er wieder das Bett verließ und mehr oder minder verständig sich gebärdete.“

Am 10. IV. beantragt der Verteidiger die Überführung M.s in die St. J.-Heilanstalt, da sonst ein völliger geistiger Zusammenbruch drohe.



Am 11. IV. macht M. bei einer Unterredung mit seiner Frau einen durchaus geordneten Eindruck und weiß über geschäftliche Dinge absolut klar und mit voller Schärfe zu sprechen. Der Untersuchungsrichter hatte den Eindruck, daß M. bei der Vernehmung am 9. IV. simuliert habe.

Geheimrat *L.* hat den Angeschuldigten bereits am 22. III. untersucht. Dieser sah fahl und hohläugig aus, hatte eine zittrige Muskelunruhe, war ängstlich und weinte. Störungen der Empfindlichkeit waren nicht nachzuweisen. Der Untersucher bezeugte, daß M. den Eindruck eines stark nervösen und gemütsverstimmten Menschen machte.

Derselbe Sachverständige untersuchte und begutachtete am 14. IV. M. noch einmal. Dessen Zustandsbild hatte sich wesentlich ungünstig verändert. Er war magerer geworden, hatte kühle Hände und eine belegte Stimme; er war ängstlich und verfiel in Ausbrüche von Weinen und Schluchzen. Er könne nicht essen, weil die Speisen und das Wasser vergiftet seien. Es bestehe ein Komplott, um ihn zu vernichten; der Untersuchungsrichter sei mit dem Feinde im Bunde. Er bekundete dies mit wirklicher Angst und Gefühlsbetonung. Der Gutachter schließt: „Abgesehen von seinen dauernden krankhaften Eigenschaften besteht jetzt bei M. eine ausgesprochene geistige Störung, eine sogenannte Situationspsychose, ein Beherrschtwerden von krankhaften Stimmungen und Beeinträchtigungsideen, erzeugt durch die Tatsache der Inhaftnahme und Inhafthaltung."

Auch die Ehefrau, welche den M. zwar für geistesgestört hält, seine früheren Schwindeleien und Renommistereien aber nie für Wahnideen gehalten hat, bekundete offenbar aufrichtig, sie sei ganz betroffen gewesen, als M. ihr im Gefängnis mitteilte, man wolle ihn vergiften, sie wisse doch, wer dahinter stecke. Sie habe aber wirklich nicht gewußt, wen er meinte.

Am 22. IV. wird M. wieder vorgeführt. „Nachdem der Angeschuldigte zunächst auf Fragen, durch die er sich nicht belasten kann, ruhig und vernünftig Antwort gegeben hat, gerät er bei Fragen über seine Anwesenheit im Marstall und über sein Vorleben in Raserei. Er fängt an zu toben und zu schreien, greift einen Packen Bücher, die auf dem Tisch liegen, und droht damit zu werfen. Auch läuft er um den Tisch herum und gibt sich den Anschein, als wolle er den Richter angreifen. Da er weder wirft noch handgreiflich wird, gewinnt es trotz seines Schreiens den Anschein, als wäre der ganze Anfall nur gespielt."

Am 25. IV. gibt Geheimrat *H.* ein ausführliches Gutachten ab. Bei den Untersuchungen war nur ein ständiges Zittern der Hände aufgefallen, sonst widerstrebte er energisch bei der Untersuchung, zeigte nicht einmal die Zunge. Er bestritt mit Emphase die Möglichkeit derartiger Handlungen, wie sie ihm zur Last gelegt seien, fähig zu sein. Er bestand auf den Verfolgungsideen.

Nach dem Gutachten ist M. wohl von Hause aus minderwertig. „Vielleicht ist jetzt eine Haftpsychose im Entstehen. Ich kann mich aber



des Verdachts nicht erwehren, daß M. willkürlich sein Leiden und seine geistigen Defekte vergrößert."

Der Gutachter beantragt die Beobachtung in einer öffentlichen Anstalt.

Eigene Beobachtungen. – Dem aufnehmenden Arzt gegenüber äußert M. den Verdacht, daß der Staatsanwalt ihn verfolge.

Auf der Station erzählt er dem Arzt, er sei Spartakist oder werde doch wenigstens als solcher bezeichnet, er habe aber mit dieser Gesellschaft nichts gemein. Ins Gefängnis sei er gekommen — weil er das Telegraphenamt besetzt haben sollte. Er wisse aber gar nicht, wo das Gebäude sei. Zu Spitzeln, die noch gestern zu ihm geschickt seien, habe er derlei Geschichten erzählt, bloß um die Leute aufzuziehen.

M. wird bei weiterem Reden sehr aufgeregt und behauptet, daß man einen Meuchelmord an ihm begehe. Mitten im eifrigen und heftigen Reden scheint er plötzlich den Faden zu verlieren und sagt dann mit ganz ruhig gewordener Stimme: „Verzeihen Sie . . . habe ich Ihnen etwas gesagt?"

M. bringt aus dem Gefängnis sehr reichliche und wertvolle Nahrungsmittel mit, wie Butter, Sardinen, Schokolade, Konfekt, einen großen Schinken, Wein und Sekt; außerdem ein eigenes Bett und Leibwäsche.

Als er am 4. VI. auf eine andere Station verlegt wird, wo er ein helles und geräumiges Einzelzimmer erhält, verlangt er in herrischem Ton sofort einen Tisch; er tadelt, daß nicht richtig aufgewischt sei. „In so ein Zimmer soll ich rein?" „Das stinkt hier!"

Am Nachmittag lag er heftig und kläglich schreiend im Bett. Der Pfleger, der hinzukam, hatte den Eindruck, daß er einen epileptischen Anfall markieren wollte. Er lag zuerst in weder ganz schlaffer noch krampfhafter Haltung da, fing dann an laut zu schreien und strampelte mit den Füßen. Er sah den Pfleger an, ebenso den Oberpfleger, antwortete aber auf ihre Fragen nicht und machte einen leicht benommenen Eindruck.

Am 5. VI. geht er nur mit dem Hemd bekleidet, heftig erregt, auf und ab; er weigert sich, einen ganz neuen, blauen Anzug anzuziehen. Das sei ein Sträflingskleid, man wolle ihn entehren. Er zittert im Gesicht und an den Händen und gerät in immer stärkeren Affekt; er weint, schluchzt, klammert sich an den Arzt. Dauerndes gütliches Zureden erregt ihn nur noch mehr. Um eine ruhige Untersuchung zu ermöglichen, wird ihm das Tragen eines eigenen Anzuges erlaubt.

Auch im Untersuchungszimmer zittert er noch, spricht leise und ängstlich. Er versichert immer wieder, daß er niemand etwas getan habe. In anscheinend heftigem Affekt jammert er, man wolle ihn dauernd in die Irrenanstalt einsperren, er sei aber doch gar nicht geisteskrank, jeder sehe es ihm doch an, daß er gesund sei. Dabei packt er seinen Rockkragen, den er infolge seines starken Schütteltremors fast zerreißt. Er wird bald etwas ruhiger.



Während er freiwillig viel und gewandt spricht, will er die einfachsten Fragen nicht beantworten können.

Welches Datum haben wir? Schweigt. Monat? „Weiß es ganz genau ... kann es Ihnen doch nicht sagen (schluchzend) — man will mich zeitlebens in der Irrenanstalt halten."

Auf den Rat, dann doch zu beweisen, daß er vernünftig sei, folgt heftige Erregung, jeder Mensch sehe ihm doch an, daß er vernünftig sei. Also welcher Monat? „Das weiß ich im Augenblick nicht, ich werde es Ihnen aber ganz genau sagen."

Auf die Frage nach seiner Vorgeschichte antwortet er fast immer vollkommen abschweifend; z. B. auf die Frage nach seinem Vater sagt er von sich selbst, er sei ganz gesund, er sei ein hervorragender Künstler usw. Auf die Frage nach der Gesundheit der Mutter verlangt er seine eigene Medizinflasche. Er will nicht sagen, was in dieser enthalten sei, da der Arzt es ihm doch nicht geben würde. Schließlich gibt er richtig zu, es sei unter einer falschen Aufschrift Morphium. Er nehme tropfenweise schon seit Jahren davon. Er sei aber ganz gesund, nur müsse er die Natur, Bäume und Gras sehen. Er bestreitet, Geschwister zu haben (unrichtig). Er habe zwei Kinder, wisse aber nicht, wie alt sie sind.

Am folgenden Tage klagt er, es fehlen ihm verschiedene von seinen Sachen; er könne sich aber nicht darauf besinnen, welche.

Die Erregung geht im Laufe weniger Tage vollkommen zurück. Er ist höflich, freundlich, nach Berücksichtigung seiner Wünsche und ausgezeichneter Verpflegung durch seine Frau dem Arzt gegenüber bescheiden, dabei anscheinend vertrauensvoll und unbefangen. Es gelingt aber nicht, ihn zu Aussagen über seine Vorgeschichte zu veranlassen. Er will sich an fast nichts erinnern und setzt phantastische Konfabulationen an die Stelle der Wirklichkeit.

Wie er am 9. VI. sagt, kenne er seinen Vater (den er vor wenigen Tagen durch Depesche zum Besuch einlud) überhaupt nicht, er habe ihn nie gesehen.

„(Sind Sie nicht zu Haus aufgewachsen?) Ich bin immer selbständig gewesen. (Schon als Säugling?) Sie können es glauben! Ich bin ja ewig. Ich war schon in Ägypten, habe die Cheops-Pyramide gemalt. (Wie alt sind Sie?) Mindestens zehnmal so alt. (Als wer?) Als Sie. (Wie alt bin ich?) Weiß ich nicht. (Wie alt sind Sie?) Sie können mir's glauben, ich war doch in Indien. (Wann geboren?) Da war ich noch klein, noch glücklich. Meine Frau weiß es gar nicht, ich habe es ihr gar nicht erzählt. (In welchem Jahre geboren?) [Schweigt.] (In welchem Jahre geboren?) Sie setzen doch in alles Zweifel, was ich Ihnen erzähle. (Wieviel Jahre alt?) Das ist wohl nicht zu erzählen. (Welches Datum?) Ich habe keine Zeitung. (Welches Jahr?) Ich weiß alles ... Sie können es nicht empfinden ... es fällt mir jetzt aber nicht ein ... ich weiß nicht, was das ist, es ist manchmal zum Verrücktwerden ... ich kann es nicht fassen, kann



es nicht greifen . . . dann kommt es ganz von selbst.“ Er sei dabei gewesen, als die Pyramiden gebaut wurden. „Bei den Pharaonen, da war ich dabei. (Also 10000 Jahre alt?) Nein, so alt wohl noch nicht. (Wer Ihr Vater?) — (Der, an den Sie depeschiert?) Ja. (Der muß also älter sein als Sie!) Ich habe ihn aber niemals gesehen. (Wann geheiratet?) Vor ein paar Jahren. (Also 10000 Jahre Junggeselle?) Weiß nicht genau, ob so lange, jedenfalls sehr lange. (Wieviel ist 3 × 4?) Wenn ich etwas soll, das hindert mich. Ich kann nichts auf Befehl tun“.

Alle diese Antworten werden langsam, anscheinend mit ruhiger Überlegung, selbst mit einer gewissen Verlegenheit gegeben, also mehr nach Art von Ausflüchten, jedenfalls nicht nach Art von andrängenden und verwirrenden Gedanken. Im krassen Gegensatz zu dieser scheinbar schweren Erinnerunglosigkeit und den konfusen, scheinbaren Wahnideen steht das im übrigen durchaus geordnete, gewandte Benehmen und die lebhafte Redeweise, sobald man sich unbefangen mit ihm unterhält, anstatt ihn auszuforschen.

Die Situation hat er durchaus klar aufgefaßt, er beschwert sich beispielweise, daß die Depesche nicht an den Vater, sondern an die Frau gegeben sei; beruhigt sich, als der Arzt ihm sagt, er habe es selbst angeordnet, und erklärt dann, er habe in der Haft die Erlaubnis gehabt, an jeden zu schreiben. Er sei nicht in Untersuchungshaft, sondern in Schutzhaft, weil er politisch verdächtig sei. Vielleicht sei es auch Untersuchungshaft, er habe aber jedenfalls allerlei Erleichterungen gehabt.

Er kam an diesem Tage auch durchaus natürlich und unbefangen ins Untersuchungszimmer, so daß seine unsinnigen Antworten dem Untersucher überraschend kamen.

Nach den Berichten der Nachtwache schläft er meistens ruhig, doch geht er auch bisweilen im Zimmer auf und ab und redet vor sich hin.

Am 13. VI. sagt er, in 14 Tagen werde er nicht mehr hier sein, seine Truppen rückten bereits an, er werde der Nachfolger von Noske. Es sei unglaublich, was die Regierung an ihm gesündigt habe.

Da er unmittelbar vorher die Frage nach Datum und Monat nicht hatte beantworten können, obwohl er sich das Berliner Tageblatt hält, wird er gefragt, ob er trotz dieses Gedächtnisdefekts sich fähig fühle, den Ministerposten zu übernehmen. Er schweigt auf diese Frage.

Am 14. VI. macht er einen gedrückten Eindruck. „(Wieviel ist 3 × 3?) Das wissen Sie so gut wie ich. (3 × 3?) 9. (4 × 17?) Ich habe dafür keine Sammlung. (Datum?) Ich habe kein Interesse dafür. (Haben Sie die Zeitung gelesen?) Ich habe heute keine bekommen . . ., das ist doch wieder eine beabsichtigte Gemeinheit. (Haben Sie nichts vom Streik gehört?) Nein. (War gestern nicht ein besonderer Tag?) Ich weiß nicht. (Haben Sie von Rosa Luxemburg gehört?) Ach so, die ist ja gestern beerdigt worden. (Wie alt sind Sie?) Das müßte ich Ihnen erzählen . . . und Sie glauben es mir ja nicht. (Wo sind Sie geboren?) Wenn Sie das



Aktenmäßige wissen wollen, das steht in den Akten. Ich kann es Ihnen aber auch sagen: Ich bin in Ostpreußen geboren..., aber das stimmt nicht..., ich sollte überhaupt nichts sagen, damit käme ich am weitesten... Alles wird zu meinem Schlechten gemacht, obwohl ich soviel Wohltaten erwiesen habe. Zu keinem Menschen habe ich mehr Vertrauen, ich bin ausgenutzt aufs gemeinste. (Sind Ihre Akten gefälscht?) Ich habe mit M. nichts zu tun..., ich heiße Adi de Bruny, das ist mein Künstlername. (Standesamtlicher Name?) Mit dem Standesamt habe ich nichts zu tun. (Haben Sie mit Frau Heli M. zu tun?) Mit der habe ich nichts zu tun..., das ist Auffassungssache..., ich anerkenne sie nicht als Frau..., kann sie entlassen wie einen dienstbaren Geist. (Sind Sie im üblichen Sinne verheiratet?) Das behauptet sie..., ich bestreite das..., dazu werde ich mich nicht hergeben. (Sie haben mir doch selbst die Photographie Ihrer Kinder gezeigt!) Das sind nicht meine Kinder. (Seit wann wissen sie das?) Das habe ich immer gewußt." — Als das Telephon klingelt, sagt er laut: „Zuchthaus". Auf Befragen bestreitet er, dies gesagt zu haben. — Auf die Frage nach seinem Schlaf sagt er: „Wenn ich diesen Kerl draußen bekomme, der morgens die Laternen ausmacht. Der droht mir morgens mit dem Knüppel! Das hat er die längste Zeit gemacht, wenn ich ihn erwische."

Sagt dann zum Arzt, als dieser sich Notizen macht: „Sie können aufschreiben, was Sie wollen, diese Protokolle bin ich leid. Ich nehme mir alle Verteidiger, die im Ledebour-Prozeß aufgetreten sind. Ich habe keine strafbaren Handlungen begangen..., das war Revolutionsrecht, wenn ich überhaupt etwas begangen habe." Sagt dann unvermittelt: „Ich mir das Leben nehmen! Das fällt mir nicht im Traum ein. (Was bedeutet Revolutionsrecht?) Ich weiß nicht mehr! (Warum reden Sie davon, sich das Leben zu nehmen?) [Wird immer erregter.] Da wartet nicht einer drauf, da wartet meine Frau drauf [springt auf, weint und heult, schlägt auf den Tisch], da warten meine Schwiegereltern drauf, die wollen mich um mein Hab und Gut bringen..., ich habe gearbeitet habe allen nur Gutes getan."

Auf Aufforderung, sich doch zu beherrschen, bittet er plötzlich im ruhigsten Ton, als ob gar nichts geschehen wäre, um Entschuldigung, setzt sich hin, heult dann plötzlich wieder auf, schluchzt: „Einem Menschen muß ich es doch sagen können. (Sie reden von Schwiegereltern, sind aber doch nicht verheiratet?) Ich habe auch nichts mit ihnen zu tun. (Warum waren Sie im Sanatorium in W.?) Mir hat nie etwas gefehlt, ich wollte nur Ruhe haben..., ich war zu meinem Vergnügen da. (Wer hat Sie im Garten bedroht?) Dies Komplott ist Ihnen ja längst bekannt. — Wenn man mir nachts nicht einmal die Ruhe gönnt. (Hören Sie Stimmen?) Es wird mir so mitgeteilt..., es ist mir mitgeteilt, daß ich höchstens noch 14 Tage hier bin..., glauben Sie etwa, daß ich hier nicht meine Verbindungen habe? Jeden Tag könnte ich meine Leute kommen lassen,



wie die müssen, kommen sie. Aber ich will sehen, ob ich ohne Blutvergießen zum Ziele komme."

Fährt fort: Die Staatsanwälte seien mit im Komplott, es seien Meuchelmörder gedungen, die auf ihn warten; bisher habe er geglaubt, es seien nur die Staatsanwälte, jetzt wisse er, es sei auch Noske und Genossen.

Auf die Frage, wie er alle diese Dinge erfahre, sagt er immer nur ganz allgemein, er habe seine Leute, die ihm das mitteilen. Er beantwortet nicht, ob er dies hört oder sieht. Alle Fragen, die etwaige Sinnestäuschungen feststellen sollen, beantwortet er ausweichend oder gar nicht.

Am 15. VI. besucht ihn Sanitätsrat *T.* in Gegenwart des begutachtenden Arztes. M. ist sehr erfreut und höflich, er spricht gewandt und eifrig, meist ganz vernünftig und unauffällig, nur sehr erregbar. Er klagt über die Nachstellung durch die Staatsanwälte, ohne daß er hierbei eigentliche Wahnideen äußert. Ganz sachgemäß zeigt er eine Zeitungsnotiz aus dem Ledebour-Prozeß, wonach sich die Volksbeauftragten auf den Standpunkt stellten, daß politische Vergehen nicht nach den alten Gesetzen bestraft werden dürfen. Er schließt daraus, daß bei ihm gar keine Straftat vorläge. Er bestreitet die Tat an sich durchaus nicht, beruft sich vielmehr richtig auf die Zeugenaussagen, beispielweise, daß er die Telegraphistinnen sehr höflich behandelt habe.

Selbst anscheinend ganz wahnhafte Vorstellungen, z. B. daß Meuchelmörder bestellt seien, knüpfen sich doch immerhin an wirkliche Erlebnisse an. Wenigstens bestätigt auch seine Frau, daß er kurz vor der Verhaftung, als er das Haus zu verlassen suchte, beinahe erschossen worden sei. Er selbst erzählt, daß ein Soldat hinter ihm her schoß und er sich nur retten konnte, indem er sich hinter einen anderen Soldaten stellte. Ferner sieht er angeblich Verfolgungen in der regelmäßigen Beobachtung durch die Nachtwache. Alle diese Ansätze zu einem Verfolgungswahn bleiben aber ganz verschwommen. Genaueren Fragen entzieht er sich immer wieder durch ausweichende Antworten oder durch Schweigen.

Am 16. VI. behauptet er, alle Ärzte hätten ihn für haftunfähig erklärt, nur auf Druck des Staatsanwalts hätten sie ihn im Gefängnis belassen. M. verliert bei der ausführlichen Erzählung den Faden, nach Einhilfe erzählt er weiter.

Er bleibt dabei, daß ihm fast alle Berliner Truppen zur Verfügung stehen, das versicherten sie ihm täglich. Alle Kasernen seien von ihm oder seinen Beauftragten im November entwaffnet.

Während er im allgemeinen keine innere Ruhe zur Beschäftigung haben will, hat er am 17. VI. eine Aktzeichnung begonnen. Sie ist technisch gut, weichlich im Geschmack. Auf Befragen erzählt er, daß er in der großen Berliner Kunstausstellung nicht ausgestellt habe, weil er sich mit der Jury verkracht habe, die seine Bilder in ein Nebenzimmer hängen wollte, während sie unausgeführte Skizzen von Ludwig v. Hofmann im



Hauptsaal unterbrachte. Er habe in Paris, Stockholm, Kopenhagen viel ausgestellt. Die Bilder wurden schneller verkauft als gemalt. Er nahm Preise wie Ludwig v. Hofmann, nur daß er „tatsächlich etwas liefere, keinen Bluff". Er erhielt für größere Bilder 5000—6000, kleinere verkaufte er nicht unter 2000 M. (dies steht zu den Angaben der Frau in krassem Widerspruch, nach denen er „herzlich wenig" verkauft, und zwar immer für einige Hundert Mark, nur ein Freund gab einmal 5000).

Auch am folgenden Tage renommiert er mit seinen Leistungen. Er habe besonders an Lenbach gelernt. Eine seiner ersten Ölarbeiten, eine freie Kopie nach Lenbach, sei allgemein noch genialer gefunden als das Original. Prof. Eimermacher habe das selbst gesagt. Eigentliche Lehrer habe er nicht gehabt. Als er Schüler von Reinhold Begas werden wollte, habe dieser ihm gesagt, er (M.) sei ihm in manchem überlegen.

Als er im Anschluß an solche Erzählung über sein Studium weiter nach seiner Vorgeschichte gefragt wird, antwortet er wieder so unsinnig wie früher.

Auf Aufforderung, seine Lebensgeschichte zu erzählen, sagt er, er könnte es am besten in ein Stenogramm diktieren. Als ihm gesagt wird, er könne ja dem Arzt die Lebensgeschichte diktieren, bittet er, dabei aufstehen zu dürfen. Er blickt dann zum Fenster hinaus und erzählt sehr langsam, offenbar in starkem Nachdenken, eine phantastische Geschichte. Der Ton ist salbungvoll, im übrigen die Sprechweise so, wie man ein Märchen erzählt.

Er fängt an von einer Insel bei Marseille zu sprechen und ausführlich die Landschaft zu beschreiben. Auf die Zwischenfrage, wo und wann er denn zur Welt gekommen sei, schweigt er. Sagt schließlich: „Darauf komme ich schon." Er erzählt dann, auf dieser Insel hätte ihn der polnische Baron v. Wociechowski angeredet, „ein Doktor-Philosoph". Mit diesem habe er von Ägypten gesprochen, sie seien gemeinsam nach Kairo gefahren, dann mit Kamelen zur Cheops-Pyramide. Diese hatte jener Herr studiert und aus einer Keilschrift ersehen, daß vor 3000 Jahren dort eine Königin große Schätze niedergelegt hatte. Den verbogenen Zugang fanden sie mit Hilfe zweier Sudanmädchen. M. beschreibt dann genau das Innere der Pyramide; zum Teil beruht die Beschreibung auf Tatsachen. Mit theatralischem Ausdruck rühmt er den wundervollen Anblick der Goldgefäße. In einem Sarg fanden sie die Königin Ahasta mit Perlenschnüren von Millionenwert. „Eine Perlenkette hat mir die Königin geschenkt, ich habe sie mitgebracht für meine Frau; sie hat Millionenwert. Sie müssen es mir glauben. Als wir den Sarg öffneten, war die Königin noch am Leben. Mein Freund sank in die Knie und betete, auch mir kamen Tränen. — Er ist in eine Ecke getaumelt und gestorben. — Er hatte mich als Adoptivsohn angenommen. Die Schätze der Ahasta sollten mir gehören, ebenso sollte mir sein Vermögen in Polen zufallen. Ich vermochte erst nach Tagen aus der Pyramide zu gehen."



Er erzählt dann weiter von seinem Liebesverhältnis zur Königin Ahasta, die er auch Königin des Nils nennt, und von der Erscheinung des verstorbenen Barons in der Pyramide. „Dieser Roman — es ist ja Wahrheit — ich muß leben oder sterben — ich muß wieder zurück. . . . Zum Abschied nahm ich ihr eine Kette vom Hals, ich durfte nicht zurück, sonst war es mein Tod. Als ich doch noch einmal zurückkehrte, war der Deckel auf den Sarg gesenkt." Er sei schwer erkrankt, verlor im Fieber das Bewußtsein, wurde von englischen Ärzten nach Europa zurückgebracht und erholte sich in Deutschland. „Aber mein Herz war in Ägypten geblieben."

Während der ganzen Erzählung behält er den salbungvollen, theatralischen Ton bei. Er scheint immer zu überlegen, wie er die Erzählung weiterführen kann, und seelisch keineswegs besonders ergriffen zu sein.

Wiederum nach der Vorgeschichte befragt, sagt er, er sei früher schon in Ägypten gewesen, alles sei ihm schon bekannt gewesen. „Der Mensch ist ewig. (Alle Menschen? Ich auch?) Ich kenne Sie ja nicht, ich glaube, Sie auch, denn Sie haben dafür Verständnis — Sie lachen ja nicht drüber wie die andern Menschen. (Welche haben gelacht?) Solche, die sich Gelehrte nennen, es sind ja auch nur öde Köpfe. (Sie sagten doch, daß Sie es niemand erzählt haben!) In diesem Umfange auch nicht, ich halte diese Stätte heilig und werde nach Tausenden von Jahren dahin zurückkehren. — Ich kann mir Ahasta erscheinen lassen, wenn ich sie darum bitte. [Er beschreibt dann weiter, wie sie körperlich da sei.] (Kann ich sie denn auch sehen?) — Das weiß ich nicht — ob sie erscheinen wird, wenn Sie dabei sind — ob Sie geheiligt sind. (War Christus ein ewiger Mensch?) [Schweigt.] (War Christus ein ewiger Mensch?) Ja, ich kenne ihn ja nicht — erlaube mir kein Urteil über Menschen, die mir fremd sind."

Als die Ehefrau in bezug auf diese phantastischen Erzählungen befragt wird, gibt sie an, daß er ihr von einem Liebesabenteuer mit einer ägyptischen Prinzessin, die er Königin des Nils nannte, und mit der er im Hotel Luxor verkehrte, erzählt habe. Irgend etwas Unmögliches sei bei der Erzählung nicht gewesen, besonders hätte sie mit dem alten Ägypten nichts zu tun gehabt. Sie glaube wohl, daß er vielfach mit Damen der ersten Gesellschaft verkehrte. Sie habe vieles von seinen Erzählungen für Unwahrheit gehalten, aber früher nie etwas wirklich Wahnhaftes an ihm wahrgenommen. Nur in der Untersuchungshaft habe er ihr jene Vergiftungsideen geäußert. Jetzt, während der Beobachtungszeit, habe er nie dergleichen geäußert, er habe immer ganz vernünftig mit ihr geredet.

M. liest regelmäßig das Berliner Tageblatt. Als er am 19. VI. wieder nach dem Frieden gefragt wird: jetzt würden die Unabhängigen die Regierung übernehmen, dann würde Rosenfeld Justizminister und sofort seine Entlassung verfügen. Seine Straftat sei ja ganz ähnlich wie die Ledebours.



„(Geben Sie die Besetzung des Telegraphenamtes zu?) Es ist ja durch Zeugen festgestellt, es hat keinen Zweck, es zu bestreiten. (Haben Sie Erinnerung an die Tat?) Nicht im geringsten ... nach meiner Überzeugung ist es ganz ausgeschlossen, daß ich so etwas getan habe."

Nach der Revolution im November gefragt, gibt er seine Anteilnahme zu. Er habe den Auftrag gehabt, den Reichstag zu halten, der Abgeordnete Cohn habe ihm Vollmacht gegeben. Zu einer Partei gehörte er nicht, sei überhaupt politisch nicht vorgebildet gewesen. Wie er zu diesem Auftrag kam, wisse er nicht, er sei auf einmal dazwischen gewesen.

Nach der Beschießung des Schlosses befragt, gibt er an, es sei am Heiligabend gewesen. Sein Diener N. habe ihn im Auftrage der Marine-Division abgeholt; unterwegs schlossen sich Zivilisten und Marinesoldaten ohne Waffen an. Sie nahmen auf dem Wege einer Truppe mit Maschinengewehren die Waffen ab. Am Schloß standen Regierungstruppen, die eben das Schloß genommen hatten; sie hatten Maschinengewehre auf die Menge gerichtet. Der Offizier kommandierte: „Fertig machen! Legt an!" Er sei den Truppen mit ausgebreiteten Armen entgegengegangen, habe lachend Feuer kommandiert und gesagt, er sei kugelsicher. Man ließ ihn, ohne zu feuern, herankommen, die Menge drängte hinter ihm her und schob die vorher Entwaffneten als Geiseln vor sich her. So sei er ins Schloß gedrungen und habe dort mit dem leitenden Major verhandelt. Die Leute machten sich über die Offiziere her, rissen ihnen die Achselstücke ab, er selbst habe aber dafür gesorgt, daß ihnen wenigstens das Privateigentum zurückgegeben wurde. Er habe den Offizieren das Leben verbürgt und sie dann entwaffnet aus dem Schloß durch die aufgeregte Menge geführt, die ihren Tod verlangte. Dornbach und die Marinedivision hätten ihm Vorwürfe gemacht, daß er die Offiziere hätte laufen lassen. Trotzdem boten sie ihm aber das Kommando der Marinedivision an.

M. äußert sich unzufrieden über die Marinedivision, daß sie der Regierung nachgegeben habe, nachdem sie Geld erhalten hatte.

Einige Tage später (am 24. VI.) erzählt er weiter über seine Taten bei der Besetzung des Telegraphenamtes. Er erzählt genau sein Benehmen, sein Vorgehen, seine Worte, selbst seine Motive und seine Gesinnung; er flicht aber mehrmals beiläufig ein, er habe gar keine Erinnerung an den Vorgang, er wisse alles nur durch die Erzählung des Telephon-Fräuleins, die aber durchaus glaubwürdig sei.

Auf den Vorhalt, daß er aus deren Erzählung doch nicht eine so detaillierte Kenntnis haben könnte und die Zeugin doch auch nicht seine Gedankengänge angeben könne, gibt er zu, daß er sich jetzt an Einzelheiten dunkel erinnere. Er wird dabei nicht verwirrt, sondern bleibt völlig unbefangen, wie er überhaupt bei der Erzählung keinerlei Interesse an den Folgen seiner Handlung zu haben scheint.

Am 20. VI. sind der Vater, die Frau und die Kinder zu Besuch. Er macht der Frau heftige Vorwürfe, daß sie seine Sache nicht richtig



betreibe. Er habe sie doch allein sprechen wollen. Vater und Sohn, die sich bisher nicht gesehen haben, sprechen kaum miteinander. M. wird so erregt, daß die Frau den Besuch abbricht. Der Vater antwortet nicht auf die Frage des Oberpflegers, ob er den Arzt sprechen wollte. Die Frau erklärte, er werde wohl nicht aussagen wollen, er wisse ja auch nicht, ob es zum Vorteil des Angeschuldigten sei.

M. spricht viel mit dem Kinderfräulein wegen des Haushalts und wegen des Benehmens der Frau. Er gibt ihr den Auftrag, die Telephongespräche der Frau zu überwachen.

Am folgenden Tage ist er sehr erregt und weinerlich; er macht sich Vorwürfe, daß seine Frau sich etwas antun könne. Als kein Besuch kommt, wird er sehr niedergeschlagen.

Am 22. VI. ist er noch sehr erregt, versucht zu schreiben, findet aber die Ruhe nicht dazu. Er könne hier überhaupt nicht arbeiten, das Zimmer sei zu eng. Er brauche Ablenkung, müsse in Gemeinschaft, fürchte sonst, verrückt zu werden.

Am 23. VI. kommt das Kinderfräulein zu Besuch. Sie berichtet über Telephongespräche der Frau. Er sagt zu ihr etwa: „Fräulein, gehen Sie diplomatisch vor. Wenn ich sie fest in die Hand bekomme, dann mache ich Schluß. Mein Herz blutet aus tausend Wunden, verhelfen Sie mir zur Wahrheit. Zum Dank werde ich später für Sie sorgen wie für mein eigenes Kind." Er fragt den Pfleger, ob die Regierung noch nicht gestürzt sei; er hoffe dann sofort in Freiheit gesetzt zu werden.

Am 24. VI. beruft er sich wieder auf Ledebours Freisprechung. Seine eigene Sache sei doch erheblich günstiger. Staatsanwalt W. und Untersuchungsrichter Z. hofften, daß es auf Grund des ärztlichen Gutachtens gar nicht zum Prozeß komme. Er sollte dann dauernd in der Irrenanstalt interniert werden. Unter diesen Umständen sei es doch wünschenswert, daß er nicht für krank erklärt werde.

Auf Befragen sagt er, er sei immer der Ansicht gewesen, es sei für ihn unter allen Umständen besser, für gesund erklärt zu werden.

Auf den Vorhalt, er müsse dann doch einfache Fragen richtig beantworten können, weiß er doch das Datum nicht und liest es nachher verstohlen vom Kalender ab. 3×7 rechnet er richtig. Zu $117 - 29$ sei er zu nervös. Wie alt er sei, wisse er nicht, doch reiche seine Erinnerung auf 3000 bis 4000 Jahre zurück.

Nach seinem Bildergeschäft gefragt, gibt er an: Der Schwiegervater habe ihm zu Anfang des Krieges 20000 M. für Beschaffung der Aussteuer gegeben. Für dies Geld habe er einen ganzen Waggon kostbarer Bilder „unsinnig billig" zusammengekauft. Der Schwiegervater war empört und wollte ihn in eine Irrenanstalt stecken. Als er aber für wenige von den Bildern, die er besonders nach Norwegen verkaufte, mehr Geld verdiente, als er für den ganzen Waggon ausgegeben hatte, nahm auch der Schwiegervater an dem Geschäft teil und eignete sich ein genügendes



Bilderverständnis an. Mit dem Verkauf nach Norwegen verdiente er über eine Million. Auf Rat des Schwiegervaters kaufte er mit der Zeit soviele Sachen zusammen und hielt sie zurück, bis er die Konjunktur in die Hand bekam. Der eigentlich Kaufmännische sei dabei der Schwiegervater gewesen.

Am 25. VI. war er schon morgens 3½ Uhr aufgestanden. Er ging unruhig im Zimmer auf und ab. Er machte sich Vorwürfe, seiner Frau Unrecht getan zu haben, besonders in Gegenwart des ersten Besuches des Vaters. Beim Besuch der Frau weint er und gesteht sein Unrecht ein. Er bittet wieder um Aufhebung der Isolierung, da er sonst verrückt werde. Es wird nunmehr auch seiner Bitte entsprochen. Er ist von da an guter Stimmung und unterhält sich viel mit anderen Kranken.

Von zwei anderen Beobachtungskranken, welche ebenfalls Spartakisten sind, sagt er, es seien bloße Plünderer, solche hätten die Sache der Spartakisten verdorben. Er sagt zu ihnen selbst, solche Räuber hätte er schon festnehmen lassen.

Er hält sich besonders an die Kranken W., G. und F. Diese drei sind mit ihrer Internierung sehr unzufrieden; die ersten beiden sind verhältnismäßig verständige Kranke, während der dritte ausgesprochen verrückt ist. Gerade mit dem letzteren spielt er viel Dame und Karten.

28. VI. Nach dem Urteil über die anderen Kranken befragt, will er keinen als geisteskrank erkannt haben. Bei einem, der voll der absurdesten Wahnideen steckt, nimmt er allerdings an, daß er ihn zum besten habe.

Er bestreitet, schon früher bestraft zu sein. Dann will er sich dunkel erinnern, daß seine Frau davon geredet habe, er hätte vor einigen Jahren mit einem Gerichtsvollzieher zu tun gehabt. Seine Frau erledige die Sachen, weil er sich zu sehr dabei aufrege. Sie habe ihm gesagt, daß es viel Kosten gemacht habe. Er habe bei der Gelegenheit laut gebrüllt, daß das Haus gezittert habe. Als ihm die früheren Straftaten im einzelnen vorgehalten werden, bestreitet er sie. In der Irrenanstalt Plagwitz will er nie gewesen sein.

Befragt, wo er denn Lesen und Schreiben gelernt habe, sagt er: „Ich habe mehr gelernt, habe Anatomie und Polytechnik studiert, ich stehe in jedem Beruf meinen Mann und bin ein hervorragender Maler. (Wo haben Sie Schreiben gelernt?) Ich beherrsche Deutsch und Französisch“ usw.

Den Mann, der ihn neulich als Vater besuchte, kenne er nicht.

Er bestreitet, daß er dem Arzt die Geschichte der Königin vom Nil erzählt habe; der Arzt müsse sie von seiner Frau gehört haben. Als der Arzt ihm sagt, er halte die ganze Angelegenheit für Schwindel, wird er erregt; er habe dem Arzt sein Inneres ausgeschüttet.

Als der Arzt ihn auf den Widerspruch aufmerksam machen will, verbessert er sich schnell: nicht er, sondern seine Frau habe es ja dem Arzt



erzählt. Wenn der Arzt aber behaupte, er habe es von ihm gehört, so müsse er es ihm doch glauben.

Wegen des Verdachts der Brandstiftung befragt, gibt er erregt zur Antwort, er werde sich doch nicht absichtlich um 2 Millionen schädigen; er sei nur zu rücksichtsvoll gewesen. Dr. G., der Hausbesitzer, sei selbst der Brandstifter. Erstens aus Rache, zweitens der Versicherung wegen. Man müsse die Leute, die ihn (M.) beschuldigen, auf ihren Geisteszustand untersuchen lassen. Er habe nicht nötig, sich auf solche Sachen zu legen. Er besitze noch für 1 Million Bilder, 200000 Mark bar und eine Einrichtung für 300000 Mark.

Als jetzt Vater und Schwester zum Besuch ins Untersuchungszimmer zugelassen werden, bestreitet er, sie zu kennen. Nunmehr aufgefordert, dann das Zimmer zu verlassen, weigert er sich entschieden. Er erhebt Einspruch, daß diese Leute über ihn irgend etwas zu Protokoll geben. (Er fürchtet anscheinend, daß sie irgend etwas ihm Nachteiliges aussagen können, will deshalb das Zimmer nicht verlassen oder sie doch wenigstens energisch zum Verschweigen anhalten.) Er behandelt die Angehörigen weder als Bekannte noch als Unbekannte, er läßt sich ohne Widerstand, aber auch ohne Teilnahme, von der Schwester, die erregt ist und weint, umarmen. Als er nachher unter Aufsicht des Oberpflegers mit den Angehörigen in seinem Zimmer zusammen ist, spricht er mit ihnen ganz vertraulich.

Am 29. VI. sagt er zum Pfleger: „Vom Arzt hier habe ich nichts zu erwarten, er ist vom Staatsanwalt beeinflußt, der arbeitet auch mit, um mich zu vernichten. Es ist mir auch egal, was für ein Gutachten er über mich abgibt. Ich weiß doch, daß ich imstande bin, mich gegen jede Gemeinheit zu wehren und auch draußen meine Angelegenheiten zu regeln. Aber ich weiß auch, daß ich nicht ganz normal bin und seelisch vollständig krank bin. Wenn ich ein Jahr Strafe bekommen sollte, dann mache ich Schluß, ich würde es keine 3 Tage ertragen und würde vollständig wahnsinnig werden.“

Trotzdem ist er gegenüber dem Arzt vertraulich und unbefangen wie immer.

Nachmittags hat er Besuch von der Schwester. Er redet mit ihr sehr aufgeregt über seine Frau; er fürchtet, daß sie seine Sachen verkaufe und mit dem Gelde durchgehe.

Auf einen Paketumschlag schreibt er mit Bleistift eine Vollmacht, daß die Schwester seine Interessen gegen die Frau wahrnehmen soll. (Der beauftragte Pfleger läßt fahrlässigerweise die Schwester dies Papier mitnehmen.)

Nachher ist er sehr erregt, verlangt Morphium, weiterhin lustig, fragt den Pfleger, was er tun würde, wenn ihn ein paar handfeste Männer faßten, den Schlüssel nähmen und ihn selbst befreiten.



Am 30. VI. gibt er an, nicht geschlafen zu haben. (Nach Wachbericht war er ruhig im Bett.) Der Puls ist beschleunigt (104 in der Minute). Er verlangt Morphium.

Die Verdächtigung gegen die Frau nimmt er zurück. Allerdings habe sie Erpressern übermäßig viel Geld gegeben, etwa 27 000 Mark. Vollmacht gegen die Frau habe er der Schwester nur mündlich gegeben; möglich sei es allerdings auch, daß er irgend etwas mit Bleistift geschrieben habe.

Die Frau sei jetzt kränker als er, aber er wisse wohl, daß er selbst daran schuld sei. Er habe sie durch seine Nervosität krank gemacht.

Der ihn besuchenden Frau sagt er, dem Pfleger sei eingeschärft, daß er keine Schriftstücke herauslassen dürfe. „Wenn ich das will, so können sie aufpassen, ich bin ein Tausendkünstler." Er räumt ihr wieder die freie Verfügung über das Vermögen ein. In Gegenwart des Arztes nimmt er dies halb zurück, er könne sich so noch nicht entscheiden zwischen seiner Frau und seiner Schwester; er wolle der Frau durchaus nicht in ihrem Tun recht geben und sei sich nicht schlüssig, ob er ihr das Abheben des Geldes gestatten solle.

Die Frau sieht sehr elend aus und weint viel. Sie gibt an, kein besonderes Interesse am Abheben des Geldes zu haben. Als der Arzt ihr dann vorschlägt, eine gerichtliche Feststellung abzuwarten, sagt sie aber, es sei ihr unangenehm, die Miete nicht rechtzeitig zu bezahlen.

M. hofft, daß der Generalstreik ausbricht.

Er bezeichnet bei Besuch der Schwester die Frau als verrückt. Abends ist er sehr vergnügt, er spielt mit anderen Kranken Dame.

Auch am 1. VII. will er sich an die Vollmacht gegen die Ehefrau nicht erinnern, er will seiner Frau keine Schwierigkeiten machen, er sei nicht mißtrauisch.

Auf die Entmündigung verwiesen, glaubt er, daß er diese jederzeit aufheben könne. Warum er sich mit ihr einverstanden erklärt habe, kann er nicht recht aufklären. Er gibt aber zu, nicht widersprochen zu haben.

Am 2. VII. wird der Besuch der Frau durch das Gericht verboten. Diese versucht, durch das Fenster mit ihm sich in Beziehungen zu setzen. Als dieser Versuch scheitert, werden M. und seine drei Vertrauten sehr erregt, die letzteren stoßen unklare Drohungen aus, es würde hier schon noch ganz anders kommen.

M. bestreitet entschieden, irgendwelche Werkzeuge zu haben. Als der Oberpfleger am 3. VII. eine Stahlsäge in seinem Bett findet, sagt er: „Nun, man muß doch sehen, wie man hier herauskommt."

Dem Arzt gegenüber bestreitet er diese Aussage. Die Säge habe ihm vor 1—2 Wochen ein Offizier von der Reinhardt-Truppe gebracht. Dieser habe einen gefälschten Erlaubnisschein bei sich gehabt. Er habe aber keine rechte Lust zu dieser Sache gehabt, auch seine Frau habe ihm abgeraten, da er dann auch noch wegen Sachbeschädigung bestraft werden

würde. (In der Tat war ein Herr in Offiziersuniform in der angegebenen Zeit mit einem Erlaubnisschein auf den Namen „Treskow" zu Besuch bei ihm.) M. will diesen Offizier nicht gekannt haben.

Er antwortet auf die Frage: Wie stehen Sie zu den Spartakisten? Sie sollten doch Nachfolger von Dornbach werden? „Da habe ich Ihnen was erzählt, was ich nicht verantworten kann. (Haben Sie nicht das Schloß zurückerobert?) Das werde ich wohl gemacht haben. (Warum wollen Sie entweichen, wenn Sie nicht strafbar sind?) Das weiß ich eben selbst nicht. (Warum sind Sie für Sturz der Regierung?) Bei der alten Regierung war es nicht so schlecht. (Sie sind doch aber für die Unabhängigen!) Ist mir ja ganz gleich, das kann ich ja gar nicht beurteilen. Schlechter als die jetzige Regierung kann es ja auch nicht werden. Ich habe alles so mitgemacht und habe mir gar nichts dabei gedacht. (Was wollten Sie durch die Revolution erreichen?) Ich habe es bloß mitgemacht. (Was haben Sie gegen die Regierung?) Sie hat mir Unrecht getan. (Welches?) Anderen Menschen auch.... Dauernd sind Meuchelmörder an der Arbeit.... Die haben ja jeden Menschen verfolgt.... Überall waren die Menschen hinter mir her, ich mußte nach Weißensee flüchten."

Die Frage, ob er unter seinen Bildern auch Kopien besessen habe, verneint er lebhaft; er gebe sich nur mit Originalen ab.

Auf die Frage, ob er gefälschte Bilder im Besitz gehabt habe, antwortet er erregt: „Wer das behauptet, der kennt von Bildern nichts. Ich habe nur ganz erstklassige Werke besessen."

Eine formale Intelligenzprüfung war während der Beobachtungszeit nicht möglich, da M. bei den einfachsten Fragen angeblich sich sofort gehemmt fühlte.

Von den mehrfachen körperlichen Untersuchungen ist folgendes zu erwähnen:

M. ist grazil gebaut. Bei einer Größe von 178 cm wiegt er anfangs 63,5, 4 Wochen später 60,5 kg. (Nach Angabe der Frau hat er schon vorher stark abgenommen.) Diese Gewichtsabnahme tritt trotz sehr guter Verpflegung ein. — Die Gesichtsfarbe ist etwas blaß, doch gesund. Auffallend groß sind die Mandeln. Der Puls beträgt meist gegen 80 und wird nach sechs Kniebeugen kaum beschleunigt. Außer einer Leistenbruchanlage sind keine morphologischen Anomalien festzustellen.

Bei der Untersuchung der Reflexe zeigt er sich äußerst ängstlich. Die Pupillen sind weit und reagieren prompt auf Licht. Der Gaumen- und Würgereflex ist sehr lebhaft. Der Bauchdecken- und der Kremasterreflex ist schwach. Die übrigen Reflexe sind regelrecht. Bei Fuß-Augenschluß bestand anfangs eine Neigung, nach hinten zu fallen, später keine Abweichung.

Sehr auffallend war sein Verhalten bei der Prüfung mit Nadelstichen. Bei der ersten Untersuchung war im Gegensatz zu einer gewissen Ängstlichkeit vor den Stichen die Empfindung für Nadelstiche stark herab-



gesetzt. Er schien ganz verwirrt, sagte wiederholt, er müsse doch die Berührung sehen, sonst könne er doch nicht wissen, ob es Spitze oder Knopf sei, und bittet, ihn stärker zu berühren. Auch auf tiefe Stiche in die Fingerspitzen reagiert er sehr schwach. Dann scheint er aber doch gereizt und sagt, er wolle doch nun auch mal den Arzt stechen. Fragt dann, ob die Nadelspitze nicht vergiftet sei. Die große Ängstlichkeit bei Prüfung mit der Nadel nimmt bei späteren Untersuchungen sogar noch zu. An Rücken und Unterschenkeln erweist sich die Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit am stärksten. — Die Berührungsempfindlichkeit kann wegen des psychischen Verhaltens nicht geprüft werden.

Auch am Schluß der Beobachtung ist die Reaktion bei Stichen durch eine Hautfalte schwach.

Am Nachmittag des 3. VII. bringt das Kinderfräulein eine unaufgeschnittene Broschüre. M. weiß schon von dieser und verlangt sie unaufgeschnitten eingehändigt; wenn sie nicht unaufgeschnitten bleibe, habe er keine Lust sie zu lesen. Die Broschüre wird zur genauen Prüfung zurückbehalten.

Am 4. VII. kommt der Pfleger K. in M.s Zimmer, während die meisten anderen Pfleger mit den Kranken im Garten sind. Der Pfleger erzählt darüber: M. habe sehr bedrückt getan und geklagt, daß er sich durch die Geschichte mit der Säge alles verdorben habe, und habe sich tröstlich zureden lassen. Plötzlich zog M. einen Browning aus der Tasche und versuchte gleichzeitig dem Pfleger den Schlüsselbund zu entreißen. Als ihm dies nicht gelang, gab er einen Schuß ab, der aber durch rechtzeitiges Zupacken des Pflegers fehl ging. M. gab weitere fünf Schüsse ab, während zwei andere Pfleger herbeieilten und ihn überwältigten. M. wird in einer Zelle isoliert.

Nunmehr wird die erwähnte Broschüre aufgeschnitten und in ihr folgender Kassiber gefunden: „Ich sprach heute mit Timm. Wir sind Sonnabend Nachmittag bei Dir. Bis dahin werde ich auch die G.-Angelegenheit erledigt haben. Sonst auf alle Fälle bereite Dich auf Sonnabend Nacht. Sonntag dazwischen, das ist günstig. Soeben hat Fraissinet (?) angerufen und mich an meine Erledigung gemahnt. Frechheit! — Ich denke es kommt noch alles zur rechten Zeit und wird auch alles gut werden. Schicke morgen wieder den Pfleger zu mir. Ich arbeite indessen auf mein Ziel los. Bin bestimmt Sonnabend morgen fertig. Hoffentlich geht alles nach unserm Wunsch. Bis dahin grüße und küsse ich Dich herzlich als Dein treuer Elias." (Die Unterschrift „Elias" hat die Ehefrau auch in einem früheren Brief gebraucht, der bei M. gefunden wurde.)

Am 5. VII. ist M. sehr kleinlaut. Bei der Visite wendet er sich kläglich jammernd mit gefalteten Händen an den Arzt. Er bestreitet entschieden, den Pfleger erschießen gewollt zu haben. Er habe absichtlich nach oben geschossen. Er habe draußen im Garten Spartakisten gesehen, denen habe er mit Schüssen ein Signal geben wollen. (Der Pfleger gibt



an, daß M. vor dem Angriff nicht aus dem Fenster gesehen habe und das Fenster geschlossen war.) Die Ärzte müßten doch auch die Spartakisten gesehen haben.

M. gibt zu, die Pistole von einem Pfleger gekauft zu haben, der nach der Beschreibung der Pfleger H. zu sein scheint. Er habe einmal aus dem Portemonnaie, das die Frau auf den Tisch gelegt hatte, 2000 Mark entnommen. Er wisse nicht, wieviel er davon hier verteilt habe. (In seinem Anzug werden noch 850 Mark gefunden.) Er bezeichnet weiter einen Patienten, dem er Geld gegeben habe. Tatsächlich hat G. für sich, F. und zwei andere 50 Mark bekommen. W. sagt aus, daß M. die beiden Sägen am 1. VII. von seiner Frau erhalten habe. M. behauptet jetzt dagegen — und auch im Widerspruch zu seiner Aussage vom 3. VII. —, er habe die Sägen schon vor 10—14 Tagen von dem gleichen Pfleger bekommen. Er bleibt auch jetzt dabei, daß seine Frau immer von dem Fluchtversuch abgeraten habe.

Weiter sagt W. aus, daß M. dem Pfleger einen Brief gab, in dem stand: „Zwei Pistolen und Munition." Derselbe Pfleger habe öfters Briefe hin und her besorgt.

Einige Stunden später spricht M. im Untersuchungszimmer wieder ganz geordnet und ruhig. Er bleibt bei seiner Erzählung, im Garten Spartakisten gesehen zu haben.

Am Nachmittag wird M. in das Untersuchungsgefängnis zurückgeführt. Er jammert dabei, er solle nun wohl erschossen werden; ob er nicht vorher seine Frau noch einmal sehen könne. Dann geht er ruhig mit.

Beurteilung. — M. bietet ein typisches und sehr ausgesprochenes Bild eines geistig minderwertigen Menschen, eines „Psychopathen" dar. Sämtliche Krankheitserscheinungen M.s lassen sich aus der „Psychopathie" befriedigend und restlos erklären.

Nun entscheidet aber diese Diagnose keineswegs die Frage nach der Verantwortlichkeit, da ein Psychopath voll, vermindert oder gar nicht zurechnungsfähig sein kann. Erst aus dem Grade und der besonderen Eigenart der Psychopathie und der Motivierung der betreffenden Straftaten läßt sich eine Entscheidung treffen.

Versucht man, M. einem der üblichen Typen zuzuweisen, durch welche man die große Gruppe der Psychopathen zu gliedern pflegt, so zeigt sich, daß er die Eigenschaften mehrerer dieser Typen zeigt. Dies ist gerade für ausgesprochene angeborene Entartung charakteristisch, da diese Typen keine getrennten Krankheitseinheiten darstellen, sondern nur mit einer gewissen Willkür aus praktischen Gründen aus der großen Gruppe der Psychopathen herausgehoben werden.

Seine Unstetigkeit und Haltlosigkeit werden durch den ganzen Lebenslauf am besten dargestellt. Nach der Schulzeit wird M. Kellner, verliert fast jede Verbindung mit den Angehörigen, begeht einen Einbruch, wird dann Kunstmaler, hält sich jahrelang im Auslande auf, versucht



angebliche Erfindungen schwindelhaft zu verwerten, erhält in derselben Weise eine Stelle bei einem Kunsthändler, in der er zwar nichts arbeitet, aber ein großes Kapital verspricht, lebt mit einem ausgehaltenen Verhältnis anscheinend beschäftigunglos in Berlin, erschwindelt auf verschiedenen Wegen Geld, lebt vom Bilderhandel, wobei es sich mindestens zum Teil um Fälschungen handelt, nimmt Schiebungen ins Ausland vor und streicht im Kriege große Gewinne ein. In leichtsinniger Weise vergeudet er wieder das Geld, erst mit Weibern, dann mit Spartakisten und läßt sich dann anscheinend ohne feste Ziele in die spartakistische Bewegung hineinreißen.

Das Verhältnis in der Ehe steht unter dem gleichen Gesetz fortwährender Schwankung und Haltlosigkeit. Er entführt die Verlobte eines anderen, mißhandelt sie, sie will sich scheiden lassen, er ist mit seiner Entmündigung und ihrer Vormundschaft einverstanden, läßt sie aber überwachen, beauftragt seine Schwester mit seiner Vertretung, zankt und verträgt sich mit seiner Frau im Laufe derselben Stunde. Er behauptet von der Frau, daß sie auf seinen Tod warte, gibt ihr aber wieder Vollmacht über das Vermögen und schreibt sehr sentimentale Ergüsse an sie.

Ein ebenso charakteristisches Beispiel ist M. für die Gruppe der reizbaren Psychopathen. Erregungszustände, auch Tobsuchtsanfälle, sind ja gerade im Verkehr mit den Gerichten oft aufgetreten. Wichtiger für die Beurteilung der Konstitution sind noch die sonstigen Erregungszustände. In dieser Beziehung sind die Angaben der Frau über die Auftritte und Mißhandlungen nach allen übrigen Aussagen sehr glaubhaft. Auch ein Zeuge bekundet, daß die Ehe unglücklich war. In der St. Josephs-Heilanstalt wurden schwere Erregungen festgestellt. Bezeichnend ist sein schwerer Ausfall gegen den Gerichtsvollzieher, der ihm eine mehrmonatige Gefängnisstrafe zuzieht. Damals war er in der ganzen Gegend wegen seiner Reizbarkeit gefürchtet. Ebenso wird eine Gewalttätigkeit einem Kunden gegenüber festgestellt.

Auch hysterische Züge sind bei M. deutlich ausgeprägt. Die Störungen der Hautempfindlichkeit, die hierher gehören, sollen unter dem Stichwort Haftpsychose beurteilt werden, die ja eine nahe Verwandtschaft mit der Hysterie hat. Wichtig sind besonders die hysterischen Krämpfe bzw. Ohnmachten. Der einzige ärztlich beobachtete Anfall wurde offenbar durch den Wunsch bestimmt, vom militärischen Urlaub nicht zurückzukehren, überhaupt vom Militär entlassen zu werden („psychogen"). Eine willkürliche Übertreibung war durchaus wahrscheinlich. Bei der hiesigen Beobachtung wurde ein recht oberflächlicher Anfall vom Oberpfleger bemerkt und machte diesem einen ziemlich willkürlichen Eindruck. Daß auch sonst zahlreiche Anfälle auftraten, wird von der Frau in einer ziemlich unbestimmten Weise behauptet, die mindestens einigem Zweifel Raum läßt. Diese Anfälle sind also sehr kennzeichnend für die Psychopathie, aber ihre quantitative Bedeutung ist keineswegs hoch anzuschlagen.



In engem Zusammenhang mit diesen kurzen Anfällen stehen die länger dauernden Hemmungs- und Dämmerzustände. Sie wurden bei der gerichtlichen Beobachtung in Plagwitz, im Militärlazarett, in der Anstalt Dr. *E*.s und bei der hiesigen Beobachtung festgestellt. Ebenso gehören die Erinnerungsausfälle hierher. Auf alle diese Erscheinungen ist weiter unten zurückzukommen.

Es ist hervorzuheben, daß diese hysterischen Störungen keineswegs eine dauernde Eigenschaft bedeuten, sondern in der Hauptsache nur dann aufzutreten scheinen, wenn ihr Auftreten dem Angeschuldigten einen gewissen Vorteil zu versprechen scheint.

Renommist und Hochstapler, diese bekannten Typen der Psychopathen, verkörpert M. besonders deutlich, hier liegt der Kern seiner Persönlichkeit. Frau M. bekundet, daß er zuweilen auf Fremde einen gewinnenden Eindruck machte (allerdings durch seine Reizbarkeit ebenso schnell mit den gewonnenen Freunden auseinanderkam). Ohne diese Eigenschaft wären seine Schwindeleien nicht möglich gewesen. Was er als Führer auf die Massen für einen Eindruck machte, bekunden mehrere Zeugen. Er versteht es, sicher, freimütig und freigebig aufzutreten. Man darf nicht annehmen, daß seine Schwindeleien nur Mittel zu äußeren Vorteilen wären. Die Lust sich aufzuspielen ist das Ursprüngliche. Er renommiert ohne jeden Zweck. Aber bei der ethischen Minderwertigkeit, die er mit so vielen Psychopathen gemein hat, nützt er die so gewonnene Position aus. Schon vor 10 Jahren gibt er sich als Baron Karol v. Wojciechowski aus, und wenn er auch bald seinen richtigen Namen eingesteht, so hat er doch bis zuletzt das Märchen aufrechterhalten, von einem Baron v. Wojciechowski adoptiert zu sein. Sehr bezeichnend ist dann, wie er sich in einer Uniform mit dem Stanislaus-Orden als Gesandtschaftsattaché photographieren läßt. Er täuscht mit seinem Märchen einen Kunstverleger und bezieht aus einer Stellung bei diesem, ohne etwas zu arbeiten, 100 Mark Monatsgehalt.

Mit der gleichen Hochstapelei gewinnt er die Braut eines anderen, besonders dadurch, daß er ihre „Zukunft in so schönem Lichte zu malen verstand“. Ihre Bekanntschaft mit seinen Angehörigen verhindert er nach Möglichkeit. Als Maler ist er wohl nicht ganz ohne Talent und Ausbildung. Er spielt sich aber als einen der größten Maler auf und berichtet von Preisen für seine Bilder, die nach den Angaben der Frau auf gewaltiger Übertreibung beruhen müssen. Mit seinen Weiberbekanntschaften hat er schon früher viel renommiert, auch der Frau gegenüber. (Diese ist trotzdem der Ansicht, daß intime Beziehungen dabei keine große Rolle spielen.) Wenn er hierbei (nach Angabe der Frau) unsinnige Summen verschwendet, so zeigt sich gerade darin der krankhafte Zug seiner Hochstapelei: sie dient ihm nicht nur zum Erschwindeln von Geld, sondern veranlaßt ebenso seine Verschwendung. „Großmannssucht“, nicht Habsucht ist sein Wesenskern.

Auch bei der Beteiligung an den Spartakus-Putschen hat wohl die Sucht, eine große Rolle zu spielen, das Hauptmotiv abgegeben.

Seine verbrecherische Anlage geht über die bloße Hochstapelei hinaus. Schon 1906, also 20jährig, trug er bei einem Einbruch einen Revolver. Bei dem letzten Ausbruchversuch hat er das Leben des Pflegers doch mindestens gefährdet, selbst wenn er es vielleicht gern schonen wollte. Dahin gehört die Brandstiftung, falls sie erwiesen wird.

Es entspricht der psychopathischen Konstitution, auf drückende äußere Umstände mit „Situationspsychosen“ zu reagieren. M. hat 1911 im Gefängnis eine derartige „Haftpsychose“, einen hysterischen Dämmerzustand, durchgemacht; eine zweite Psychose, einen hysterischen Hemmungszustand, beim Militär. Ebenso ist in der jetzigen Untersuchungshaft eine leichte haftpsychotische Störung eingetreten: am 22. III. sah er fahl und hohläugig aus, hatte zittrige Muskelunruhe und weinte; anfangs April schreibt er einen theatralisch-sentimentalen Brief an seine Frau; am 7. IV. findet ihn ein Gutachter in einem Hemmungszustand mit kauenden Bewegungen, der mehrere Tage anhält.

Am 14. IV. haben die nervösen Erscheinungen sehr zugenommen. Es bestehe ein Komplott gegen ihn, die Speisen seien vergiftet. Diese Wahnideen sind typisch für Haftpsychose.

Am 22. IV. antwortet er auf neutrale Fragen geordnet, verfällt aber bei verfänglichen Fragen in einen Tobsuchtsanfall. Er macht Miene, handgreiflich zu werden, hat aber genug Situationsbewußtsein, um es doch zu unterlassen. Es ist also ein typischer psychogener Erregungszustand, der eine willkürliche Übertreibung nicht ausschließt.

Von dieser leichten Haftpsychose bestanden in der Anstalt nur noch geringe Reste. Über die Verfolgungen durch den Staatsanwalt und die Regierung beschwerte er sich oft, doch antwortete er bei den häufigen dringenden Nachfragen nur ausweichend. Wenn er angeblich den Nachtwächter im Garten und die beobachtenden Nachtwachen als Verfolger ansah, so mag auch dies noch ein Rest der Haftpsychose gewesen sein. Doch ließen seine unbestimmten Angaben schon vermuten, daß diese Reste zum mindesten oberflächlicher Natur waren. Soweit nicht ganz bestimmte äußere Ursachen vorlagen, war seine Stimmung nicht ängstlich und scheu, sondern meist sogar auffallend unbefangen, freimütig, oft heiter. Echte Sinnestäuschungen und Wahnideen dürften, wie hieraus zu schließen ist, überhaupt nicht und die wahnhaften Umdeutungen jedenfalls nur vorübergehend bestanden haben.

Trotzdem bestanden entschieden noch gewisse nervöse Störungen. Einmal das Beben der Gesichtsmuskulatur bei leichter Erregung, dann die merkwürdige Empfindlichkeitsstörung. Während am 22. III. die Empfindlichkeit noch regelrecht gewesen war, war die Schmerzempfindlichkeit der Haut bei der hiesigen Beobachtung deutlich herabgesetzt. Im Gegensatz dazu war die Ängstlichkeit beim Annähern der Nadel hochgradig gesteigert.

Dies Symptom spricht auch für die Möglichkeit etwa auftretender Erinnerungsausfälle. Leichte Störungen dieser Art mögen bestanden haben, wenn M. aber einfachste Rechenaufgaben nicht rechnen können will, wenn er seine ganze Jugendgeschichte vergessen haben will, so ist mindestens eine gewaltige Übertreibung anzunehmen. Solche Defekte kommen bei Hysterikern vor, aber doch in bestimmtem Zusammenhang. Das Nicht-Rechnenkönnen würde eine schwere Hemmung voraussetzen, die aber nicht im geringsten besteht. M. spricht über andere Dinge spontan sehr gewandt und lebhaft. Ebenso gibt es, wenn auch seltene Fälle, daß bei Hysterikern die Erinnerung an die sie belastende Vergangenheit erlischt, die aber wieder erweckt werden kann. Etwas davon mag bei M. tatsächlich vorhanden sein. So z. B. wenn er an die eigenen Straftaten keine Erinnerung haben will, sie aber doch dann genauestens erzählt, und schließlich eine dunkle Erinnerung unbefangen zugibt. Aus bewußter Simulation ist ein solches Verhalten kaum zu erklären, da der Widerspruch allzu grob ist. Wenn aber eine gewisse zeitweise Erinnerungstrübung für die letzten affektbetonten Ereignisse, die den Gegenstand des Strafverfahrens bilden, wahrscheinlich ist, so kann das nicht für die ganze Jugendgeschichte angenommen werden. Sein ganzes Verhalten bewies, daß er Vater und Schwester bei dem Besuch erkannte; wenn er dies trotzdem ableugnete, so kann nur noch von einer bewußten Vortäuschung gesprochen werden. Dieser ungeheure Gedächtnisdefekt, wie ihn schwer verblödete Kranke nicht haben, steht in zu krassem Gegensatz zu seiner guten Auffassung, beispielsweise der Nachrichten über den Ledebour-Prozeß, die er sachgemäß günstig für sich deutet.

Aber auch die läppische Art, wie er diese Defekte mit der ägyptischen, Jahrtausende alten Existenz ausfüllt, kann nur als Bestätigung für die willkürliche Täuschung dienen. Auch vor seiner Frau hat er früher mit ägyptischen Abenteuern, auch mit der Königin des Nils, wie er eine Damenbekanntschaft aus dem Hotel nannte, renommiert. Aber niemals war in diesen Erzählungen etwas Unmögliches. Wenn aber jetzt die großen Defekte beständen, und wenn er, wie es bei Haftpsychose vorkommt, wirklich einen derartigen phantastischen Wahn auch nur oberflächlich hegte, so würde seine Frau doch in den langen Unterhaltungen einmal davon etwas bemerkt haben. Aber dies war nie der Fall. Das einzige Wahnhafte, was sie gehört hat, war die frühere Vergiftungsidee. Vor allem macht M. bei dieser Erzählung gar nicht den Eindruck, von seiner Phantasie beherrscht zu sein; im Gegenteil scheint er sie sozusagen aus den Fingern zu saugen.

Für glatte Ausrede halte ich die Angabe, daß er bei dem Ausbruchsversuch Spartakisten im Garten gesehen haben will und diesen durch die Schüsse ein Signal gab. Die Unterhaltung mit dem Pfleger würde anders ausgefallen sein, wenn M. gleichzeitig durch Sinnestäuschungen gefesselt wäre. Die ganzen Vorbereitungen passen wenig zu dieser unvermittelten Begründung.



M. ist ein pathologischer Lügner und auch ein phantastischer Lügner. Aber gerade seine pathologische Lüge ist nicht phantastisch, sondern hält sich in den Grenzen zweckmäßiger Hochstapelei, und gerade seine abgeschmackt phantastischen Erzählungen und Ausreden machen einen willkürlichen, überlegten Eindruck. Eine echte Pseudologia phantastica besteht also nicht.

Indessen ist mit dieser Diagnose Psychopathie die Schwierigkeit keineswegs erschöpft, da auf dem Boden dieser angeborenen Entartung sich eigentliche Geistes- oder Gehirnkrankheiten entwickeln können.

Die Möglichkeit der Epilepsie schien in diesem Falle wirklich erfüllt zu sein. M. ist lange vor der zur Verhandlung stehenden Straftat dreimal in Anstalts- bzw. Lazarettbehandlung gewesen, und jedesmal wurde die Diagnose auf Epilepsie gestellt.

Für Epilepsie sprachen erstlich die Bekundungen der Frau. Es ist zu bemerken, daß sie mit diesen Angaben hervortrat, als M. kurz nach seiner Einstellung beim Militär erkrankte und deutlich den Wunsch erkennen ließ, vom Militär entlassen zu werden. Bei der Erzählung, die mir die Frau machte, fiel es mir auf, daß sie wenig Gewicht darauf zu legen schien, während sie bei genauerem Nachfragen auffallend schwere Symptome angab. Unter diesen Symptomen war nun keines für Epilepsie besonders charakteristisch, vielmehr wiesen sie alle mehr auf Hysterie.

Der erste Anfall soll 1914 gewesen sein. Damals war M. also 29 Jahre, während die eigentliche (genuine) Epilepsie in der großen Mehrzahl der Fälle vor dem 20. Jahre einsetzt. Die späteren Anfälle erfolgten meist ein oder zwei Tage nach einer besonderen seelischen Erregung, was ebenfalls für Hysterie spricht. M. fiel dabei bewußtlos um, doch hat die Ehefrau von Krämpfen nichts bemerkt. Ebenfalls hat sie keine Blaufärbung des Gesichts wahrgenommen. Er hat sich beim Umfallen nicht verletzt, hat nicht aus dem Munde geblutet und sich nicht eingenäßt.

Im Gegensatz dazu hatte Frau M. im April 1916 in der *E.*schen Anstalt erzählt, daß er überhaupt nur bei einem Anfall umgefallen sei. Dagegen erzählte sie von schweren Hemmungszuständen, in denen er keine Nahrung zu sich nahm und unter sich ließ.

1915 hatte sie im Militärlazarett nur von mehrtägigen Schlafzuständen gesprochen.

Die Angaben der Ehefrau sind durch ihren Widerspruch ziemlich wertlos und bringen abgesehen davon wohl für hysterische Zustände, nicht aber für Epilepsie eine Beglaubigung.

Entscheidend ist der Anfall, der von einem Arzt beobachtet wurde. Dies war im Juli 1915 in Breslau. Der Kranke lag tief schlafend im Bett, reagierte auf Hautreize mit Abwehrbewegungen, ohne zu erwachen. Der Schlafzustand dauerte 2 Tage. Wenn nun im Festungslazarett nach der anschließenden Behandlung als Diagnose vermerkt wird: „Psychopathie (Dämmerzustände mit retrograder Amnesie), epileptische Dämmer-



zustände (Simulation?)", so läßt sich aus diesen drei ungeklärten Möglichkeiten kein Schluß ziehen. Die Diagnose bei der Verlegung in die Nervenklinik heißt allerdings: „Postepileptischer Dämmerzustand".

Wichtiger ist aber, daß in demselben Krankenblatt von eben dem Arzt, der den ersten Anfall vor der Lazarettaufnahme selbst beobachtet hatte, Professor *Mann*, einem namhaften Nervenspezialisten (anscheinend fachärztlicher Beirat), vermerkt steht: „Es handelt sich um einen psychopathisch veranlagten Mann, der an psychischen Erregungszuständen sowie Schlaf- und Dämmerzuständen leidet mit retrograder Amnesie." Die Nervenklinik schließt sich diesem Urteil mit der Diagnose „Psychogene Psychose, Simulation" an.

Sowohl Prof. *Mann* wie die Nervenklinik erklären ihn für dienstunbrauchbar. Damit ist bewiesen, daß aus der Tatsache der Dienstentlassung keineswegs auf den Nachweis der Epilepsie geschlossen werden kann.

Wenn in der Dr. *E.*schen Anstalt ebenfalls die Diagnose „Epileptische Dämmerzustände" gestellt wird, so dürften hierfür doch nur die Angaben der Frau maßgebend gewesen sein. Die Symptome, die dort verzeichnet werden, sind offenbar hysterisch. In der kurzen Beobachtungszeit (nur 3 Tage) werden keinerlei epileptische Symptome verzeichnet, wie denn auch in dem ärztlichen, sehr vorsichtig formulierten Attest, das später ausgestellt wird, ausdrücklich nur auf die Vorgeschichte, nicht auf die eigene Beobachtung verwiesen wird.

In dem Gutachten von Sanitätsrat *T.* wird eine Kombination von Entartungsirresein und Epilepsie angenommen. Solche Kombinationen sind nicht selten. Es handelt sich dann aber meistens um eine andere Art von Epilepsie, nämlich um angeborene organische Defekte des Gehirns, die gleichzeitig Schwachsinn und schon in der Kindheit auftretende epileptische Krampfanfälle bewirken, oder die Psychopathie ist eine Folge der Epilepsie, hat dann aber einen ganz anderen Charakter (schwerfällig, brutal) als den bei den hysterischen Psychopathen, wie er bereits oben dargestellt ist. Eine zufällige Kombination von Psychopathie in engerem Sinne und genuiner Epilepsie liegt natürlich im Bereich der Möglichkeit, ist aber wissenschaftlich unbefriedigend.

Meines Erachtens liegt im vorliegenden Falle keineswegs Grund für diese unbefriedigende Annahme vor.

Der Vorgutachter gründet die Diagnose Epilepsie denn auch nicht auf den Nachweis oder auch nur die Annahme typischer epileptischer Anfälle, sondern nur auf „deutliche Anzeichen einer epileptoiden Störung". Was er indessen als solche Anzeichen anführt, entspricht den hysterischen Störungen, nicht den epileptischen. Daß M. mitten im Gespräch zuweilen den Faden verliert, kann keineswegs der Epilepsie zugerechnet werden, da er sich gleichzeitig dieser Unterbrechung bewußt bleibt, um Aushilfe bittet und kein Anzeichen dafür spricht, daß sein Situationsbewußtsein



einen Augenblick getrübt wird. Explosive Erregungszustände sind bei Psychopathen außerordentlich häufig. Charakteristisch für den Epileptiker ist die brutale, sinnlose Gewalt. Von dieser kann man bei M. nicht reden. Auch seine Tobsuchtanfälle sind äußerlich motiviert, wenn sie auch eine hoch gesteigerte Reizbarkeit beweisen. So fiel es auch dem Untersuchungsrichter auf, daß er bei einem durch die Vernehmung ausgelösten Tobsuchtanfall sich doch jeder Gewalttat enthielt. Wenn er angeblich seine Frau oft mißhandelt hat, so gibt sie selbst einmal an, es sei vielleicht nicht ganz unverdient gewesen. Jedenfalls hat er sich auch hier in gewissen Grenzen gehalten. Selbst bei seinem vorbereiteten Entweichungsversuch hat er nicht sogleich auf den Pfleger geschossen, sondern zuerst versucht, ihm die Schlüssel zu entreißen, hat sich also offenbar vor dem Morde gescheut. Kurz, überall zeigt er wohl den typischen, rohen Charakter des erregbaren Psychopathen, aber nirgends die massive, auch gegen sich selbst rücksichtslose Brutalität des Epileptikers.

Ebenso deutlich ist die hysterische Natur der Erinnerungsausfälle. Diese schließt sich weniger an die Erregungszustände an, als an ihm sonst unangenehme Erinnerungen. So will er von Verurteilungen überhaupt nichts wissen. Gerade an die eine Straftat, die in der Erregung begangen wurde, nämlich an die Beschimpfung des Gerichtsvollziehers, hat er Erinnerung; dagegen will er nicht mehr wissen, daß er für diese Straftat im Gefängnis gebüßt hat.

Ebenso ist es charakteristisch, daß er auch die Straftaten, an die er keine Erinnerung haben will, doch in renommistischer Weise mit Motivierungen und Gefühl wiedergibt und sich nur oberflächlich dabei auf Zeugenaussagen beruft. Soweit man bei ihm überhaupt von Erinnerunglosigkeit sprechen kann und nicht mehr oder weniger bewußte Ableugnung annimmt, kann man jedenfalls nur hysterische, nicht epileptische Erinnerunglosigkeit annehmen.

Auch bei der gerichtlich angeordneten Beobachtung in Plagwitz im Jahre 1911 handelt es sich ja um einen typischen, durch die Haft ausgelösten hysterischen Dämmerzustand mit angeblichen sehr großen Erinnerungsausfällen. Der begutachtende Arzt hat damals mit Recht die Möglichkeit der Epilepsie nicht diskutiert, sondern nur die Frage, ob Hysterie oder ob Simulation? aufgeworfen.

Während der Beobachtung in Dalldorf ist nur einmal ein Anfall aufgetreten, der den Anschein erweckte, zum Teil willkürlich zu sein, zum mindesten keinen Verdacht auf Epilepsie erweckte. Meines Erachtens ist die Diagnose Epilepsie auszuscheiden.

Über die Möglichkeit, daß auf dem Boden der Entartung sich bei M. eine chronische Verrücktheit entwickelt hat, kann ich mich kürzer fassen.

Die Symptome, die allenfalls nach dieser Richtung deuten, liegen schon sehr weit zurück. Schon im Jahre 1909 gab er sich als Baron Karol



v. Wojciechowski aus und befaßte sich mit Erfindungen. Wenn es sich um eine echte Paranoia handelte, so dürfte wohl in dem langen Zeitraum ein deutliches Wahnsystem ausgebaut sein. Dies ist nicht geschehen, vielmehr hat M. mit seinen phantastischen Erdichtungen je nach Laune und Situation gewechselt.

Wollte man eine Erkrankung der Dementia praecox-Gruppe annehmen, so müßten doch irgendwelche Züge von Verschrobenheit, Manieren oder Verblödung nachzuweisen sein. M. ist aber in der Unterhaltung sehr gewandt, von schneller Auffassung und — soweit es durch seine Phantastereien oder seine Stimmungsschwankungen nicht überdeckt wird — doch von gewisser Urteilskraft. Ich erinnere beispielweise daran, wie er seine Frau für kränker als sich selbst erklärt, gleichzeitig die Ursache ihrer Nervosität in seinem eigenen Verhalten ihr gegenüber findet. Er behandelt den Arzt höflich, die Pfleger bisweilen anmaßend, einige spartakistische Verbrecher mit Geringschätzung. Bei aller inneren Roheit, wie sie bei vielen Psychopathen in tieferem Grunde vorhanden ist, zeigt sich bei ihm von der Charakterveränderung der Praecocen auch keine Spur.

Formalen Intelligenzprüfungen war M. nicht zugänglich. — Übrigens ist das vorliegende Material viel beweiskräftiger als solche Prüfungen sein würden.

Bei seinen Vortäuschungen und Ausreden passieren recht grobe Widersprüche. Auffallend ist, daß er öfters von seiner gewaltsamen Befreiung offen spricht, die ja tatsächlich geplant ist. Sein Verhalten ist nicht in jeder Beziehung sicher zu deuten. Wahrscheinlich liegt wirklich ein psychopathischer Trieb zugrunde, wenn er sich in gehobener Stimmung unvorsichtig über seine Pläne äußert. Andererseits hat er wohl die Absicht, durch Übertreibung seine Pläne gleichsam in Wahnideen zu verkleiden. Im einzelnen handelt er überlegt und mit zweckmäßigen Lügen, im ganzen fehlt ihm aber doch die nötige Folgerichtigkeit. Wieweit hierin ein Mangel der Urteilskraft, wieweit eine Folge seiner Haltlosigkeit und Affektlabilität zu sehen ist, bleibt unentschieden.

Auch bei dem Ausbruchversuch war er nicht geschickt. Er gab sich einem ausgesprochen verrückten Kranken in die Hand; dessen Krankheit scheint er wirklich nicht erkannt zu haben, worin sich eine gewisse Urteilsschwäche zeigt.

Daß er Führer der Spartakistenmassen war, darf nicht als Beweis hervorragender Intelligenz angesehen werden. Seine führende Stellung bei Putschen wird durch sein hochstaplerisches Talent, sein selbstbewußtes und Andere überzeugendes Wesen, seine hysterische Begeisterung genügend erklärt.

Eine erhebliche Geistesschwäche scheint sich in dem Entmündigungsverfahren zu äußern. Er widersetzt sich der Entmündigung nicht! Und er ist einverstanden, daß seine Frau Vormund wird, gegen die er doch —



vielleicht nicht ganz unberechtigtes — Mißtrauen hegt. Indessen geben hier auch vielleicht seine zweideutigen Bildergeschäfte die Erklärung. Vielleicht sah er in der Entmündigung einen eventuellen Schutz, und dann konnte bei der Art seiner Geschäfte wohl nur seine Frau als Vormund in Betracht kommen. Mag es sich hier auch nur um vage Möglichkeiten handeln, so kann man jedenfalls aus der Tatsache, daß er der Entmündigung nicht widerstrebte, den Schwachsinn nicht folgern.

Entscheidend ist die Angelegenheit der Gemälde-Ausstellung. Auch wenn man die Brandstiftung selbst als nicht erwiesen ausschaltet, so ist das ganze Unternehmen, die Scheinverträge im besonderen, so raffiniert, daß ein gewisser Grad von Intelligenz und Urteilsfähigkeit damit erwiesen ist. Dies zeigt sich ja äußerlich in den großen Gewinnen, die er im Kriege eingestrichen hat.

Wenn also die Intelligenz M.s auch keineswegs so hoch einzuschätzen ist, wie sie bei dem gewandten Auftreten des Hochstaplers auf den ersten Blick erscheinen könnte, und wenn auch seine Begabung, wie bei vielen Psychopathen, sehr ungleichmäßig ist, so besteht in dieser Beziehung doch kein Defekt, der die Verantwortlichkeit beeinflußt.

Wenn Sanitätsrat *T.* M. für geisteskrank im Sinne des § 6 BGB. hält, so habe ich dagegen nur zu sagen, daß ich mich der Diagnose „Epilepsie" nicht anschließen kann. Im übrigen stützt sich das Gutachten besonders auf die Affektlabilität, während ausdrücklich anerkannt wird, daß „seine Intelligenz keine gröberen Defekte zeigte". Bei den recht komplizierten und schwerwiegenden geschäftlichen Beziehungen stimme ich dem Gutachter bei, daß M. auf Grund seiner Psychopathie zur Besorgung seiner Angelegenheiten nicht imstande ist. Er kann eben in seinen hysterischen Ausnahmezuständen unberechenbaren Schaden anstiften. Für seine Verantwortlichkeit in Strafsachen kommt aber nicht in Betracht, ob er ununterbrochen imstande ist, seine Angelegenheiten zu besorgen, sondern ob er im Augenblick der Straftat sich in einem solchen Ausnahmezustande befunden hat.

So vielseitig die oben geschilderten psychopathischen Erscheinungen bei M. sind, so sind sie doch keineswegs so hochgradig, daß sie seine Verantwortlichkeit schlechthin ausschließen. Nur strafmildernd dürfte seine krankhafte Haltlosigkeit bei allen Taten zu bewerten sein.

Die Brandstiftung, wenn er dieser überführt wird, ist eine Handlung, die mit klarer Überlegung auf einen ungeheuren Gewinn, mindestens auf die Entlastung von großen Verbindlichkeiten zielt. Seine speziellen krankhaften Eigenschaften haben mit ihr nichts zu tun. Er verteidigt sich von Anfang an in einer zweckmäßigen Weise, aus der hervorgeht, daß er nicht in Bewußtseinstrübung gehandelt haben kann. Außer seiner allgemeinen Minderwertigkeit steht ihm für diese Handlung keine Entschuldigung aus einem psychischen Ausnahmezustand zur Seite.



Etwas anders ist seine Beteiligung an den spartakistischen Putschen zu beurteilen. Hier ist erwiesen, daß er manche Opfer gebracht, nicht aber, daß er einen Vorteil gehabt hat. Anscheinend hat er wesentlich aus seinem krankhaften Trieb, eine hervorragende Rolle zu spielen, gehandelt und hat unter dem Einfluß gestanden, den eine so gewaltig aufgeregte Zeit auf derartige seelische Schwächlinge ausüben muß. Er scheint früher wirklich keine politischen Interessen gehabt zu haben, aber unter der mitreißenden allgemeinen Bewegung war er, wie es dem exzentrischen Wesen der hysterischen Psychopathen entspricht, sogleich der Radikalste. Er äußerte radikalere Ansichten als Dornbach! Charakteristisch ist die Erzählung seines Dieners, daß er am zweiten Tage nach dem Brande leidend auf dem Sopha liegend durch die Nachricht von den Unruhen in Berlin „elektrisiert" wurde und sich dann führend beteiligte.

Es wäre noch die Möglichkeit zu erörtern, ob er die Straftaten in einem hysterischen Dämmerzustand (nachdem die Epilepsie schon widerlegt ist) begangen hat. Seine Angabe, daß er an seine Beteiligung am Putsch keine Erinnerung habe, deutet ja in dieser Richtung. Auch diese Möglichkeit ist leicht auszuschließen. Wenn die angebliche Erinnerunglosigkeit auf einer Bewußtseinstrübung während der Tat beruhte, so müßte sie konstant sein. M. erzählte aber zeitweise die Vorgänge mit Angabe seiner Gedanken und Motive. Wenn also wirklich die Erinnerungstörung zeitweise besteht — anfangs hat er sie vielleicht nur vorgegeben, dann auf Grund der hysterischen Autosuggestion erworben —, so beruht dies eben auf nachträglicher Erinnerungstrübung, nicht auf Bewußtseinstrübung während der Tat.

Die Aussagen der Zeugen über sein Verhalten beweisen ebenfalls, daß er während der Tat keine solchen Störungen hatte, wie sie nachher in der Haft auftraten.

Für diese Straftat dürfte also seine Psychopathie seine Verantwortlichkeit erheblich beschränken, aber keineswegs aufheben.

Falls auch sein Ausbruchversuch zum Gegenstand der Verhandlung gemacht werden sollte, würde ich mein Gutachten dahin abgeben, daß hier ebenfalls die Verantwortlichkeit beschränkt, aber nicht aufgehoben war. Die Vorbereitungen, die zweckmäßigen Lügen vorher beweisen die Überlegung. Anscheinend wollte er das Leben des Pflegers lieber schonen als opfern; auch das bewiese eine gewisse Überlegung.

Ich möchte noch die Bemerkung einschalten, daß M., wenn er unzurechnungsfähig wäre, zweifellos als gemeingefährlich geisteskrank gelten müßte und die Internierung in einer Anstalt notwendig wäre. Er selbst und seine Frau haben die Befürchtung vor einer dauernden Internierung auch ausgesprochen, die vielleicht auf sein Verhalten nicht ganz ohne Einfluß war.

Ich gebe mein Gutachten demnach dahin ab:

1. M. ist ein Psychopath, und zwar ein hysterischer Hochstapler.

2. Die Psychopathie ist nicht so hochgradig, daß sie die Verantwortlichkeit im Sinne des § 51 StGB. aufhebt.

3. Hysterische Bewußtseinsstörungen bestanden während der Straftaten nicht.

4. Die Brandstiftung würde nicht aus speziellen krankhaften Trieben zu erklären sein. Die angeborene Minderwertigkeit würde nur die verminderte Hemmung gegenüber der verbrecherischen Gewinnsucht erklären.

5. Die Beteiligung am Spartakus-Putsch ist ein Ausfluß seiner krankhaften Sucht, eine große Rolle zu spielen. Dadurch wird die Verantwortlichkeit beschränkt, aber nicht aufgehoben[1]).

[1]) In der Verhandlung des Schwurgerichtes lehnte M. zuerst den Gutachter, dann das ganze Gericht als befangen ab, so daß der erste Verhandlungstag ergebnislos verlief. An den folgenden Tagen erwies er sich den Ansprüchen der Verhandlung völlig gewachsen, war aber höchst anmaßend und undiszipliniert, wobei der Wunsch, als nervenkrank zu gelten, mitgespielt haben mag. Die Simulation gab er nicht nur offen zu, sondern renommierte noch damit: der Arzt habe bei ihm nicht mehr gewußt, wo hinten und vorne sei. Während er in der Verhandlung die gröbsten Beleidigungen gegen mich vorbrachte, verabschiedete er sich nachher sehr artig von mir.

Wie ich aus Zeitungsnotizen ersehe, wurde M. wegen Landfriedensbruchs zu 18 Monaten Gefängnis verurteilt. Er soll darauf die Geschworenen mit einer Flut von Schimpfworten überschüttet haben.

Die Anklage wegen Brandstiftung wurde fallen gelassen, dagegen schwebt noch das Verfahren wegen versuchten Versicherungsbetruges.



Analyse eines Grippedelirs.

Von

Dr. A. v. Muralt, Zürich.

Diese Arbeit ist ein Versuch, dem Verständnis eines Grippedelirs, wie wir Ärzte solche im letzten Jahre vielfach beobachteten, auf rein psychologischem Wege näherzukommen. Ich bin mir dabei bewußt, daß die auslösende Ursache des Delirs in der Vergiftung liegt, gehe aber von der Annahme aus, daß der Inhalt des Delirs, ähnlich wie bei anderen alkoholischen, infektiösen oder psychotischen Delirien, durch die Psychologie des Kranken zum mindesten wesentlich mitbestimmt wird, und daß es darum erlaubt ist, ein solches Geistesprodukt einmal nach denselben Gesichtspunkten zu studieren, wie sie sich bei der Traumdeutung, dem Studium unserer normalen nächtlichen Delirien, fruchtbar erwiesen haben. · Eine frühere Arbeit über ein alkoholisches Delir (noch nicht erschienen) hatte mich in dieser Anschauung so sehr bestärkt, daß ich nicht zögerte, als sich mir die Gelegenheit bot, die vorliegenden deliriösen Materialien sogleich nach den mir geläufigen Methoden der Traumdeutung in Angriff zu nehmen.

Es war im Dezember 1918, als ich im Militärdienst in Neuenburg den Besuch eines Theologiestudenten erhielt, der von meinen analytischen Kenntnissen gehört hatte und mir von seinem Grippedelirium erzählen wollte, das er kürzlich erlebt habe, und das ihm noch in lebhafter Erinnerung stehe, und von welchem er gern von mir die analytische Deutung zu erfahren wünschte.

Ich ging auf seinen Wunsch ein, und wir analysierten in ca. zwanzig Stunden sein Delir. Über unsere Arbeit soll hier Rechenschaft gegeben werden.

Der 22 jährige junge Mann, den wir Paul T. nennen wollen, entstammt einer alten Neuenburger Familie, aus der eine ganze Anzahl bedeutender Männer, Theologen und Politiker, hervorgegangen sind, alles



impulsive, aktive und zähe Naturen. Vom Hausarzt der Familie erfuhr ich, daß die T. alle leicht delirieren, wenn sie Fieber bekommen, es sei das in ihrer Natur. Paul ist das älteste Kind von fünf Geschwistern, war immer ein gesunder, begabter Knabe, dessen gute intellektuelle Anlage durch einen starken Hang zur geistigen Selbständigkeit glücklich gefördert wurde. Über seine nähere Entwicklung werden wir aus dem Delir genug erfahren, an dessen Analyse ich eben so unwissend herantrat wie der Leser. Nur so viel sei gesagt, daß Paul niemals auffallende Zeichen von Neurose aufwies und in seiner Umgebung als ein etwas eigenartiger, aber vielversprechender junger Mann gilt, der alle Examen spielend besteht.

Er erkrankte gemeinsam mit fast sämtlichen Gliedern seiner Familie im November 1918 an heftiger Grippe. Das Fieber stieg bis 41 Grad und hielt sich während 6 Tagen über 39 Grad. Komplikationen fehlten; dann trat eine rasche Entfieberung ein, und hierauf schloß sich das fünftägige Delir an. Je nach dem Inhalt der Visionen war der Kranke fröhlich oder ängstlich; er sprach sehr rasch, rascher wie sonst, erkannte ihn besuchende Personen, vermischte sie aber mit den deliriösen Erlebnissen, dankte z. B. seinem Arzt für eine Rettung von Verfolgern, die im Delir stattgefunden hatte. Paul erholte sich sehr langsam von der Krankheit; es blieb wochenlang eine starke Unfähigkeit zu Konzentration und geistiger Arbeit, Symptome, die heute völlig verschwunden sind.

Ich gebe nun im folgenden den Inhalt des Delirs wieder, wie er mir von Paul schriftlich überreicht wurde, und schließe an die einzelnen Abschnitte meine Deutung an.

Das Ungewöhnliche meines Verfahrens besteht darin, daß ich sogleich mit der Deutung der Träume einsetze und nicht, wie das in einer praktischen Analyse die Regel ist, mit der eingehenden Diskussion der bewußten Materialien, der Vorgeschichte, beginne, die das feste Gerippe ergibt, in das sich die späteren Traumdeutungen einzufügen haben. Manche Deutung mag darum dem Leser vorerst sehr kühn erscheinen und erhält die plausible Bestätigung ihrer Richtigkeit erst durch Angaben, die spätere Delirstücke liefern. Ich kann im übrigen auch versichern, daß Paul, der der Analyse sympathisch, aber kritisch gegenübersteht und sich selbst sehr gut kennt, meine sämtlichen Interpretationen billigt. In diesen nachträglichen Bestätigungen der Deutungen durch den Träumer und durch seine tatsächliche weitere Entwicklung liegt m. E. ein Hinweis auf den wissenschaftlichen Wert der Deutungsmethode. Diese selbst besteht, wie ich wohl als bekannt voraussetzen darf, einfach darin, daß man sich die Basis des Materials durch freie Einfälle zu den einzelnen Traumstücken erweitert und dieses dann nach den als gültig erkannten Gesetzen der Tiefenpsychologie deutet. Über gewisse andere Hinweise auf den Sinn der zu deutenden Materialien, die sich aus mimischen Reaktionen des Analysanden, aus verlängerten Reaktionszeiten usw. ergeben, die man mehr oder weniger bewußt registriert, läßt sich kaum referieren.



Schema des Delirs (von Paul verfaßt)[1].

I. a) Die Komödie der Studenten.
b) Old England (Zürich).
c) Die Fahrt in der Eisenbahn.
II. a) Das Verbrechen von Klaus.
b) Der Aufenthalt bei Onkel G.
III. Der Pfarrer im Turm der Stadtkirche.
IV. a) Das Familienfest.
b) Auf dem Bahnhofperron.
c) Im Wäldchen.
d) Auf der Reise.
e) Der Sieg über die Bolschewiki.
V. a) Onkel G. ist verreist.
b) Die drei unheimlichen Männer.
c) Pierrot und Pierrette.
d) Das Munitionslager der Briganten.
e) Von den Zigeunern gefangen.
VI. a) Die drei Monstres.

I a. Ich liege im Bett. Nacht. Studentenfreunde meiner Verbindung, die ich nicht erkenne, arrangieren geheimnisvoll eine Art Komödie für mich. Ich möchte ihr Geheimnis ergründen, und es scheint mir, daß ich das Recht dazu habe. Aber sie verstecken mir alles. Sie errichten eine Art Marionettentheater, mit schwarzen Tüchern, spanischen Wänden, die mir merkwürdige Vorbereitungen verbergen. Gerade vor mir richten zwei bis drei Studenten, darunter Klaus, etwas zurecht am Ofenrohr, sie sind auf Leitern.

Mein Vater ist zugegen, regt sich (wie in Wirklichkeit) wenig auf und wartet auf den Moment zur Intervention.

Man versteckt mir ein Geheimnis. Gefühl der Ohnmacht. Etwas entgeht mir.

Einfälle. Allgemeine Stimmung: Vorbereitung einer Weihnacht zu Hause. Ein Geheimnis, an dem man Anteil haben kann, wenn man erwachsen ist.

Komödie spielen: Mein konstanter Wunsch, Ärger, es nicht tun zu können.

Studentenfreunde: Viele meiner Kameraden sind verlobt, einige verheiratet, die beneide ich sehr.

Vater: raucht ruhig seine Pfeife, will nichts verhindern, im Gegenteil. Er ist es, der zu Hause alles arrangiert, der sicher und ruhig alles leitet.

Deutung. Das Eröffnungsmotiv des Delirs ist ein zweifellos erotisches. Die geheimnisvolle Komödie der zum Teil bereits mit der Liebe

[1]) Aus dem Französischen übersetzt, wobei es mir mehr auf getreue Übermittlung als auf Korrektheit der Sprache ankam.



bekannten und darob von Paul sehr beneideten Kameraden erinnert an ein Geheimnis, an dem der Erwachsene Anteil haben kann, was gewiß von der Sexualität gilt. Das Geheimnis, das in der Komödie einen Ausdruck finden soll, und auf das er ein Anrecht zu haben glaubt, ist also die Sexualität, die de facto für Paul noch eine Terra incognita ist.

Der Einfall, daß die Gesamtstimmung an eine Erwartungsstimmung von der Weihnacht zu Hause erinnert, weist darauf hin, daß seine Liebeserwartungen sich noch innerhalb der familiären Atmosphäre bewegen, es muß noch ein Stück Kind in ihm sein, was auch der Einfall auf den Vater belegt, dessen Führung er sich offenbar sehr gern anvertraut. Andererseits läßt die Analogie gerade mit der Weihnachtsstimmung darauf schließen, daß dem Träumer ein Heiland geboren werden soll, daß ein ganz neues erlösendes Prinzip in ihm erwachen und ihm neues Leben bringen soll, d. h. offenbar die Liebe.

Das Gefühl der Ohnmacht und die Empfindung, daß ihm etwas entwische, wird man geneigt sein auf sein Krankheitsgefühl zurückzuführen und nicht psychologisch zu erklären (vgl. I b).

I b. Ein Gang führt von dem Saal des vorherigen Delirstückes auf die Straße. Er ist durch eine spezielle Tür aus Eisen abgeschlossen. In diesem Gang zirkulieren und rennen Scharen von Ladentöchtern, die des Abends 6 Uhr ihre Arbeit beendigt haben. Helle elektrische Beleuchtung. Jemand ruft sie, sie steigen in den ersten Stock (um sich zu verkleiden). Draußen geschieht etwas Bedeutsames (soziale Revolution?). Ich habe das Bett verlassen, um ihnen zu folgen, bin aber so schwach, so schwach, daß ich nicht von der Stelle komme. Ich fühle mich völlig verlassen, ohnmächtig, während draußen sich große Dinge zutragen.

Einfälle. Der Korridor, von dem eine Wendeltreppe in den oberen Stock führt, erinnert mich, ich weiß nicht warum, an den Kleideraden „Old England“ an der Marktgasse in Zürich; die in dem alten Quartier liegt mit den vielen Cafés und dem Nachtleben. Jenes Quartier wurde mir in der Kindheit verboten [1]) und blieb immer ein Objekt der Neugier und Versuchung.

Ladentöchter — haben oft sexuelle Verhältnisse. Revolution — Teilnahme an öffentlichen Versammlungen — sich mit der Masse vermischen — den infamen Proletarier vernichten.

Deutung. Aus dem Saal, in dem die Freunde die erotische Komödie inszenierten, führt nun ein Gang ins Freie, der durch eine Eisentür abgeschlossen ist. Draußen herrscht die Revolution. Dies Draußen ist (auf der Subjektstufe) Symbol eines seelischen Gebietes, in dem sich revolutionäre Kräfte betätigen. Paul ist drinnen, ist durch eine Eisentür vom

[1]) Paul verbrachte als Knabe regelmäßig seine Sommer- und Herbstferien bei Verwandten in Zürich, wo er sehr gern war, so daß ihm Zürich zu einer zweiten Heimat wurde.



Draußen getrennt, die offenbar Symbol einer widerstandsfähigen Verdrängungschranke ist, die ihn von seinen revolutionären Kräften trennt. Er möchte hinaus, aber er ist zu schwach und kommt nicht von der Stelle. Weist uns einerseits die Anknüpfung an das vorige Delirstück — derselbe Saal — bereits auf das Liebesproblem hin, so orientiert uns in dieselbe Richtung der Umstand, daß sich dieses Delirstück in einem Hause des Niederdorfs abspielt, in dem alten durch sein Nachtleben berüchtigten Quartier, dem verbotenen Objekt seines kindlichen Interesses, das man wohl als sexuelles werten muß.

Hier liegt die infantile Wurzel des Traums, der ein Stück durch die Erziehung bewirkte Verdrängung lockert. Auf dem Wege nach draußen sieht er nun eine Schar Ladentöchter (Midinetten), deren erotische Bedeutung typisch ist, und zudem von Paul spontan bestätigt wird. Sie symbolisieren seine eigenen, noch wenig differenzierten Sexualwünsche, Paul ist offenbar noch nicht fähig, die zärtlichen und die sinnlichen Strömungen seiner Liebe [1]) auf ein und dieselbe Person zu richten, und sind die Midinetten die Objekte seiner mehr sinnlichen Wünsche [2]). Wir werden später hören, wohin die zärtlicheren Gefühle sich wenden.

Warum sich die Ladentöchter verkleiden, ist nicht klar. Auch die Bedeutung der Revolution ist nicht ganz durchsichtig. Ich vermute, daß sie Symbol ist für den inneren Umsturz, der durch den Durchbruch primitiver (Proletarier) Kräfte sexueller Natur (Niederdorf) droht. Paul ist aber nicht bereit, den Proletarier in sich anzunehmen, er bezeichnet ihn als infam und will ihn vernichten. Der Kampf zwischen Trieb und Verdrängung ist hier sehr deutlich.

Die psychologische Natur dieses Delirstückes ist evident; es ist undenkbar, daß das Grippetoxin die Auswahl aller dieser typischen Inhalte bestimmt habe. Höchstens das Ohnmachtsgefühl am Schluß der Vision könnte man auf sein Krankheitsgefühl zurückführen, wenn man es nicht auch psychologisch verstehen will, als Ausdruck der inneren Ohnmacht die Probleme zu bewältigen. Ich lasse diese Frage offen.

Wir wissen nun bereits so viel, daß der Träumer sein Sexualproblem nicht lösen kann, daß in der Jugend starke Verdrängungen stattgefunden haben und ein ganzer Teil seiner Persönlichkeit — der Proletarier — unentwickelt, primitiv geblieben ist, und nun mit Umsturz droht.

I c. Alsdann habe ich das Zimmer verlassen und es beginnt (mit anderen Gliedern der Familie?) eine lange Reise nach einem mir unbe-

---

[1]) Siehe *Freud*, Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens. II. Teil. Jahrbuch IV./I.

[2]) Das zeitweilige Bestehen von starken Wünschen in diesem Sinne gab Paul rundweg zu.



kanntem Ziel. Wir fahren in einem merkwürdigen Wagen, der einem Güterwagen gleicht. (Ähnliche Verhältnisse wie in meinem Zimmer, keine Bänke, sondern Kästen.) Eine Wand im Vorderteil trennt uns vom Raum, in dem der Wagenführer steht, der dem Führer einer elektrischen Bahn gleicht. Es ist Onkel G. Ich verlange stark darnach, zu ihm zu kommen, aber ich kann nicht.

Hierauf sah ich ihn in seiner militärischen Uniform abreisen. Ich blieb allein zurück.

Ich erinnere mich langer, langer Aufenthalte während der Reise, die nicht enden wollte.

Einfälle. Wagen — Wagen aus Stahl[1]), hart, rauh, brutal geschlossen, schwarz (mit Rolltüren), macht mir denselben Eindruck wie ein Bild von Raemaekers „Lüttich", auf dem das Blut unter der hermetisch geschlossenen Türe des mit Leichen gefüllten Wagens herausfließt.

Unbekanntes Ziel — das Leben führt mich, ich weiß nicht wohin.

Onkel G. ist sozusagen mein Ideal, er ist Künstler, kann seiner Bestimmung folgen, ist auch glücklich verheiratet. Er hat große Macht über mich. Dieses Ideal entwischt mir.

Deutung. Der Träumer verläßt nun das Zimmer und tritt eine Reise an, die er selbst mit der Lebensreise vergleicht, die zu unbekannten Zielen führt. Das Motiv der eisernen Tür des vorigen Stückes erscheint hier wieder in Form des eisernen Wagens, in dem er fährt. War es früher Symbol der Schranke, die ihn von den primitiven Kräften der eigenen Seele trennt, so ist es hier ein Hinweis auf die Härte und Unerbittlichkeit, mit der uns das Schicksal packt und uns seine Forderungen stellt, und wohl auch der Härte, die wir gegen uns selbst haben müssen, wenn wir unserem inneren Gesetz gehorchen und die vorgeschriebene Reise absolvieren wollen. Nur einem eisernen Willen zur Entwicklung kann es gelingen, die eiserne Tür, die ihn von seinen stärksten Kräften trennt, zu durchbrechen. Das Verlassen der infantilen Atmosphäre (Krankenzimmer) wird nicht möglich sein, ohne daß Blut fließt, ohne schmerzliche Opfer. Das Ziel der Reise ist noch unbekannt, wir dürfen aber vermuten, daß die Fahrt eben nach jenen unter Verdrängung liegenden Regionen gehen wird, und wir werden uns nicht verwundern, daß ihn der spätere Verlauf des Delirs immer wieder nach Zürich, zu den Proletariern führen wird. Die Reise ist ein typisches Symbol für den Entwicklungsprozeß, ich erinnere nur an Parsival, der sich auf einer langen Reise bewähren muß.

Bedeutsam ist nun, daß das Unbewußte als Führer für die Lebensreise den Onkel G. in Vorschlag bringt. Der nur wenige Jahre ältere Onkel ist seiner künstlerischen Bestimmung gefolgt. Damit stoßen wir auf einen Hauptkonflikt des Träumers, der in sich die Bestimmung zum Künstler-Dichter fühlt, sich unter dem Einfluß seiner Umgebung seinerzeit für den

[1]) Stahl — etwas, dem nicht auszuweichen ist, Schicksal.

Pfarrerberuf entschied, und heute nun, da er innerlich mit der Theologie gebrochen hat [1]), sich mit Plänen trägt, wie er umsatteln und seinem Lieblingswunsch folgen könnte. Der eiserne, an das unvermeidliche Schicksal erinnernde Wagen weist deutlich auf die unbedingte Notwendigkeit hin, die den Träumer zwingt, seiner individuellen Bestimmung — Onkel G. — zu folgen. Er wird kaum Pfarrer werden. Der Umstand, daß Onkel G. zudem noch glücklich verheiratet ist, qualifiziert ihn auch zum Führer innerhalb des erotischen Problems.

Wieder mitten in das Sexualproblem führt uns der folgende Abschnitt:

II a. Man erzählt mir, daß Klaus, mein jüngerer Bruder, sein jüdisches Mädel, die Gretel, verführt hat, daß er mit ihr verkehrt und sie dann ermordet und in die Limmat geworfen hat, aus der der Leichnam herausgefischt worden sei. Der Prozeß geht seinen Lauf. Die Studentenverbindung will Klaus hinauswerfen, da sie an das Delikt glaubt.

Ich erfahre aber von meinem Bruder, daß die Gretel einen Selbstmord durch Ertränken beging (dunkle Geschichte von Eifersucht, wiedergefundenen Briefen usw.). Er sei ganz unschuldig. Ich glaube ihm, ermuntere ihn, sich zu wehren und verteidige ihn selbst in meiner Umgebung.

Einfälle. Klaus — Typus des Epheben, dem man Rat gibt. Gefühle der Fürsorge für ihn. Habe oft den Wunsch, ihm zu gleichen oder ihm geglichen zu haben in meinem 18. Jahr. Als er abreiste, merkte ich, wie gern ich ihn hatte; ich war ganz traurig, ich ordnete seine Sachen mit größter Liebe; es war fast eine Krise. Es ist etwas Mütterliches in meiner Einstellung zu ihm, auch etwas Homosexuelles.

Ephebe — griechischer Jüngling — Plato — Symposion.

Gretel — Dirnenseele, klein, schwach (Klaus hat sie in den Ferien flüchtig kennengelernt). Es ist besser, sich ihrer zu entledigen. Die öffentliche Meinung glaubt, daß er sie ermordet habe, der Ephebe aber betrachtet sich als unschuldig, und ich unterstütze ihn gegen die Studenten, die die öffentliche Meinung vertreten.

Dirnenseele — nütze sie aus, wirf sie dann weg, wenn du kannst! Dieses Wegwerfen, das ist der Mord, sagt die öffentliche Meinung.

Ich aber antworte mit dem Epheben, ihr Tod, das ist ihre eigene Verurteilung, eben ein Selbstmord. Haltung gegenüber der Dirnenseele: sie ist groß genug, um zu wissen, daß sie vor sich selbst verantwortlich ist. So versteckt sich die falsche Unschuld des Epheben, der im Alter steht, wo alles erlaubt ist.

Ich betrachtete mich gleichzeitig als schuldig und als unschuldig.

---

[1]) Der Bruch mit der Theologie erfolgte lange vor dem Kontakt mit der Analyse und war die Frucht einer verstandesmäßigen Auseinandersetzung mit den Hauptpositionen des christlichen Glaubens. Nietzsche beeinflußte Paul stark, er hatte lange den Zarathustra auf seinem Nachttisch liegen als Protest gegen die Bibel des neben ihm schlafenden Bruders.

Ich bin bereit, die Dirne wegzuwerfen, mein kollektives Gewissen wirft mir dies vor, und ich entschuldige mich.

Problem, eine Dirnenseele selbst kennenzulernen und sie nachher zu opfern. Ich habe folgende Phantasie, wie ich zur Sexualität gelangen könnte. Ein Dienstmädchen hat mich in meiner Kindheit geliebt, oft geküßt, habe es erst später verstanden. Sie ist nun verheiratet. Ich dachte mir nun, ich könnte zu ihr gehen, wenn der Mann z. B. im Dienst wäre, und auf Grund der alten Beziehung, der alten Rechte, ein Verhältnis anknüpfen.

Gretel — gleicht der Rosa, Rosa ist eine flüchtige Ferienbekanntschaft von mir. Typus des kräftigen Bauernmädchens, für das ich früher schwärmte. Ich hatte früher einen starken Naturkultus, nannte ihn Demeterkultus; Gretel gleicht auch meiner Schwester, dies ist ein wunder Punkt [1]) — ich liebe die Schwester sehr — zu sehr — ist meine tiefste Leidenschaft, ich habe viel dagegen gekämpft — es ist stärker wie ich.

Deutung. Das sexuelle Problem wird weiter bearbeitet. Der Bruder Klaus, der Typus des unschuldigen Jünglings, den der Träumer protegiert, und dem er gleichen möchte, mit dem er sich also gewissermaßen identifiziert, erscheint hier deutlich als Symbol der eigenen, wie wir bereits wissen, etwas rückständigen Sexualität. Die Deutung auf der Objektstufe ergäbe keinen Sinn. Der „Klaus" im Träumer steht nun in Verbindung mit einer Dirnenseele, die er verführt und ermordet haben soll. Damit stehen wir mitten im Sexualproblem des Träumers, das offenbar so lautet: Darf ich ein Mädchen sexuell gebrauchen und sie nachher wegwerfen, wobei sie zugrunde gehen kann? ist das erlaubt? ist diese Schuld in den Augen der Kollektivität zu tragen? Der Kampf zwischen dem primitiven Trieb und dem sozialen Verantwortlichkeitsgefühl spiegelt sich prächtig wider in den zwei Versionen über Gretels Mord oder Selbstmord und in der verschiedenen Stellungnahme der Studentenverbindung und des Träumers selbst. Die Besprechung dieses Traumstückes ergab, daß der Träumer tatsächlich bewußt vor diesem Probleme steht, das er theoretisch, aber noch nicht praktisch im Sinne der Bejahung des Triebes entschieden hat. Das Delir stellt ihm die ganze Bedeutung der Frage, mit ihren möglichen Folgen, vor Augen. Es ist das Faustproblem, Gretchen geht auch ins Wasser, und Faust fühlt sich als ihr Mörder.

In eine tiefere Schicht des Traumes führt der Einfall, daß die Gretel der Rosa und zugleich der Schwester Pauls gleicht. Damit stoßen wir nun auf den wichtigsten Konflikt des Träumers, der aus der sehr starken, durchaus bewußten Liebe zu seiner sehr schönen, 6 Jahre jüngeren Schwester entspringt. Hier stecken also die zärtlichen Gefühle, die wir früher in seinen Liebeswünschen (Midinetten) vermißten. Paul hat jahrelang sehr unter dieser inzestuösen Bindung gelitten, die er als eine

[1]) Häufung aller mimischen Komplexanzeichen.

moralische Schuld betrachtete, und vergeblich dagegen gekämpft, bis ihm die Analyse [1]) einige Erleichterung brachte, indem sie ihm das Typische seines Falls erklärte. Die Liebe selbst freilich blieb in ganzer Intensität. Bei der Schwester steht also durchaus sein tiefstes Gefühl, und es ist nun bedeutsam, daß die Gretel der Schwester gleicht. Es besteht also eine Beziehung zwischen Schwester und Dirne. Es ist klar, welche. Beide sind Objekte seiner Liebe, der Schwester gibt er alle zärtlicheren Gefühle und der Dirne die Sexualität im engeren Sinn, die er dem inzestuösen Objekt infolge der Inzestschranke nicht geben kann. Wir sehen also, daß die Sexualität des Träumers darum noch primitiv ist und sich dementsprechend eine Dirnenseele sucht, weil die feineren Gefühle noch in bewußten inzestuösen Bindungen festgelegt sind. Ich betone, daß es sich um ganz bewußte Gefühle handelt, worin das Besondere dieses Falles liegt und zugleich der Grund, warum bei Paul trotz des Inzestes die Neurose fehlt, die bei einer gewaltsamen Unterdrückung dieser Liebe nicht mangeln könnte. Pauls Gefühle sind also zum großen Teil noch in der Familie gebunden, ganz entsprechend jenem Einfall zum ersten Delirstück, der ihn als Kind im Familienkreis den großen Moment erwarten läßt; was sich auf außerfamiliäre Objekte überträgt, ist erst ein Stück Trieb [2]).

Das moralische Problem: darf ich ein Mädchen als Dirne gebrauchen und wegwerfen, ist darum nur ein Oberflächenproblem, der Aspekt, hinter dem sich das Problem des Inzestes versteckt. Das Liebesproblem Pauls lautet natürlich so: Kann es mir gelingen, mein Gefühl aus der Familienbindung zu befreien und es, samt der primitiven Sexualität, einem fremden Mädchen zu geben, womit das Dirnenproblem dann in sich zerfiele. Hier hätte eine therapeutische Analyse einsetzen müssen, zu der ich keine Mission hatte. Die bloße Annahme der Dirne wäre kein psychologischer Fortschritt, ja, sie könnte im Gegenteil die bestehende Zerspaltung seines Gefühlslebens noch vertiefen und versichern und ihn im Inzest festhalten, den er auf die Dauer ohne Gefährdung doch nicht konservieren kann [3]).

---

[1]) Paul hat sich im Winter 1917/18 eine größere Anzahl Träume von einem Anfänger in der Analyse deuten lassen, wodurch er zu einer gewissen Einsicht in seine Hauptkonflikte kam, was hinwiederum meine Arbeit erleichterte.

[2]) Dieser Befund entspricht ganz den *Freud*schen Anschauungen über die Psychologie des Liebeslebens. Der inzestuös stark gebundene Mann kann in vielen Fällen seine Sexualität nur einem Weibe geben, das keinen seelischen Wert für ihn repräsentiert, er muß das Sexualobjekt entwerten.

[3]) Wie stark ihn die Liebe zur Schwester beschäftigt, geht aus folgendem Eintrag seines Tagebuches hervor (vom Anfang November, kurz vor der Grippe).

„Ich träumte heute nacht: Ich reise zu Fuß, ohne Ziel, suche ein

Die Schwesterliebe ist eine bekannte Form der inzestuösen Bindung, sie ist nach *Freud* eine Ableitung, ein Ersatz der ursprünglichen Liebe zur Mutter, die in der Schwester eine Verjüngung erleidet. Wir dürfen darum erwarten, bei Paul auch Andeutungen auf die ursprünglichere Fixation an die Mutter zu finden, und in der Tat weist schon dieses Delirstück in dieser Richtung, indem sein „heldenhafter" Plan, wie er zur Sexualität kommen könnte, das Zurückgreifen auf das frühere, ältere, inzwischen verheiratete Dienstmädchen (ein Muttersatz!) gewiß durch das inzestuöse Schema bedingt ist. Aus derselben Quelle floß wohl auch seine frühere Naturschwärmerei (Verlagerung der Liebe zur Mutter auf die Mutter Natur), die er selbst als Demeterkultus bezeichnet, und die zu Schwärmereien für den Typus Bauernmädchen führte, zu dem Rosa gehörte, der die Gretel auch noch gleicht.

Dazu kommt nun noch, daß das Verhältnis zum jüngeren Bruder ebenfalls eine sexuelle Note trägt — es handelt sich deutlich um eine leichte homosexuelle Einstellung auf Grund einer Mutteridentifikation [1]) — er will ihn beschützen, protegieren [2]).

Lager. Schließlich gelange ich zu einer Villa auf dem Lande. Ein Herr nimmt mich auf, Nacht. Ich bin in meinem Zimmer. Plötzlich bricht Feuer aus. Der Herr sagt mir, ich solle die geschlossenen Türen eindrücken. Ich bin dann allein mit meiner Schwester. Ich umarme sie, ich mache verzweifelte Anstrengungen, sie auf den Nacken zu küssen, sie drückt den Kopf gegen die Schulter, ihre Zöpfe verteidigen sie.

Beim Erwachen hatte ich Angst vor einem Gespenst, das auf dem Gang sein könnte, und bei dessen Anblick ich zusammenbrechen würde. Am Tage habe ich nie Angst, nur nachts; gestern abend, im Bett, sann ich über den Inzest nach: Ich sah mich aufstehen in der Nacht, sah mich auf ein Papier das einzige Wort „Inzest" schreiben, sah mich in die Kleider schlüpfen, das Papier zurücklassen und den Tod im See suchen. Tagüber kümmern mich diese Dinge wenig."

Das Gespenst hing wohl mit dem Inzest zusammen. Seiner Not verlieh er im Januar 1919 in einem eindrucksvollen Gedicht „Der Inzest" poetischen Ausdruck.

Der Inzest tritt darin mit allen ihm von Rechts wegen zukommenden Attributen auf; er ist ein Gift, das die Kraft lähmt, er ist ein Verbrechen, das nicht auszuwischen ist, der Wille stellt sich ihm ohnmächtig entgegen, er gleicht den entfesselten Gewalten der Natur und bringt, alle Schranken durchbrechend, den Wahnsinn. *Freud* und *Jung* haben eingehend gezeigt, wie sehr dem Inzestwunsch all diese Qualitäten eignen.

[1]) Siehe die ähnlichen psychologischen Verhältnisse der Homosexualität meines Pseudopropheten („Ein Pseudoprophet", Reinhardt).

[2]) Unter den Träumen, die ich nach Abschluß der Deutungsarbeit von Paul erhielt, findet sich der folgende, der die homosexuelle Komponente des Träumers deutlich zeigt.



Diese Befunde, zu denen sich noch ein bemerkenswertes Versprechen gesellt, das Paul im Lauf der Analyse passierte, er wollte sagen meine Mutter und sagte: meine Frau! zwingen uns zu folgendem vorläufigen Bild über Pauls Gefühlsentwicklung. Zutiefst, wahrscheinlich unter Verdrängung, liegt eine starke Gefühlsbindung an die Mutter, die früher zum Demeterkultus und zu Schwärmereien für Bauernmädchen führte, und heute ein mächtiges Derivat in der Schwesterliebe ins Bewußtsein sendet. Nur die primitive Sexualität wendet sich in der Phantasie an adäquat primitive Objekte außerhalb der Familie (Dirnen) oder an ein sozial tieferstehendes Muttersurrogat. Auch der Ausweg in die Homosexualität (Identifikation mit der verdrängten Mutterimago) ist wenigstens angedeutet in der auch inzestuös zu benennenden Liebe zum jüngeren Bruder.

II b. Nach vielen Episoden (auf der Au und in Herrliberg — Schiffahrten usw.) lande ich bei Onkel G., wo ich einen kleinen Aufenthalt mache. Erinnerung an einen Salon voller Teppiche, Onkel G. und Margrit, seine Frau, empfangen mich. Musik. Der Abend kommt. Das kleine Haus steht zwischen See und Garten.

Und ich muß nun vernehmen, daß Margrit keine Kinder hat nach einem Jahr Ehe. Das ist eine wirkliche Katastrophe. Schwarze Gedanken überfallen mich. Keine Kinder, Margrit hat keine Kinder!

Als der Abend gekommen war, wies man mir, so glaube ich, ein kleines Haus an, in der Nähe, wo ich übernachten konnte.

Einfälle: Onkel G. Es ist mein beständiger Wunsch, einen Aufenthalt bei Onkel G. zu machen und dort eine warme und etwas orientalische Atmosphäre zu finden. Möchte so sein wie Onkel G.; er ist mein Ideal.

„VII. 18. Nach vielen Episoden, die ich vergessen habe, bin ich allein mit meinem Bruder Adolf (er hat noch einen zweiten jüngeren Bruder, der zwischen Klaus und ihm steht). Er ist halb angezogen, ich bin nackt. Ich lege mich auf ihn, er hat weibliche Geschlechtsorgane, und ich stoße mein Glied in seine Harnröhre. Erwachen mit Ejakulation."

Das Sexualobjekt dieses Traumes stellt einen Kompromiß zwischen homo- und heterosexuellen Tendenzen dar. Die ersteren formen den äußeren Geschlechtscharakter, ja sie schleppen sogar hier die inzestuöse Note mit, indem es der Bruder ist; die normalgeschlechtliche Neigung bestimmt die weiblichen Geschlechtsorgane, jedoch wirkt auch hier noch eine Schranke oder Zensur mit, indem der Träumer sozusagen bei der Harnröhre Halt macht und nicht bis zur Scheide gelangt.

Auch im Verhältnis zum Onkel G. steckt wohl eine leichte homosexuelle Note. Ob die ziemlich stark invertierte Komponente des Gefühlslebens Pauls als bloße Folge der Mutterbindung aufzufassen oder angeboren ist, ist schwer zu entscheiden. Künstler sind oft bisexuell, ja nach *H. Blüher* entwickelt der Mann aus seiner invertierten Komponente den größten Teil seiner späteren sozialen Funktionen.

Margrit — Sie hat keine Kinder, das ist der Hauptpunkt, sie, das Vorbild der Frauen, die Gattin und Mutter! Ich hätte gern eine Frau wie Margrit, gewiß. Aber wozu die Ehe, wenn es keine Kinder gibt. Ich habe Angst, daß es so käme, Schrecken und wirkliches Entsetzen. Doch hier steckt auch ein Wunsch, der, mit der Frau wie mit einer Geliebten zu leben und mich dann mehr der Kunst zu widmen, den Lasten der Familie auszuweichen. Diesen Wunsch verdränge und bekämpfe ich immer wieder.

Keine Kinder... Man sagt, daß die Onanie Impotenz zur Folge haben könne. Auch Onkel G. hatte damit zu tun wie ich. Eine kinderlose Ehe könnte ich auch mit Paula führen — Hemmung —, da komme ich noch auf einen wichtigen Punkt. — Mit 16 Jahren verliebte ich mich sehr stark in ein sehr kränkliches, von Geburt an halbseitig gelähmtes Mädchen — sie heißt Paula, und ihr Familienname beginnt auch mit T., so daß wir dachten, daß wir füreinander bestimmt seien. Ich habe mich dann plötzlich zurückgezogen, weil Paula ja doch nicht heiraten kann — sie darf keine Kinder haben — und ich ihr nicht Hoffnungen machen wollte, die nicht zu erfüllen waren. Mein gesunder Instinkt siegte, und ich schnitt die Sache kurzweg ab; aber es ist nicht ganz gelungen; wenn man von ihr redet, bin ich unruhig, und es erwacht ein warmes Gefühl für das arme Kind. Von jenem Zeitpunkt an ist die Liebe zur Schwester wieder so recht aufgeflammt.

Deutung. Der erste Teil des Traumes zeigt deutlichen Wunschcharakter. Paul landet bei seinem verehrten Onkel; er ist nun in dem etwas orientalischen Milieu, wo er sich wohl fühlt, und wo ihn auch ein warmes Gefühl für die junge Frau des Onkels beglückt.

Auf die Symboldeutung des Onkels, als des Führers auf dem Weg zur eigenen künstlerischen Bestimmung brauche ich nicht zurückzukommen. In diesem Delirstück tritt er mehr als der Führer innerhalb des Liebesproblems auf, denn: so eine Frau wie die seine möchte ich auch haben. Er nimmt sich diese Ehe zum Vorbild und sucht sich eine Frau wie Margrit. Aber nun vernimmt er, daß auch in dieser Idealehe etwas nicht stimmt, sie ist kinderlos. Da der Onkel de facto erst einige Monate verheiratet ist, also noch gar keine Kinder haben kann, muß diese Befürchtung ganz aus dem Unbewußten des Träumers entstammen, sie muß ein eigenes projiziertes Problem widerspiegeln. Welches? Die Einfälle ergeben zwei Deutungsmöglichkeiten, die zwei Tendenzen des Unbewußten entsprechen. Vorerst leuchtet ein, daß hinter dem Schrecken, der Angst vor der Kinderlosigkeit ein verdrängter Wunsch steckt, ganz nach der *Freud*schen Lehre, nach welcher jede psychisch bedingte Angst Folge eines nicht anerkannten Wunsches ist. Der verdrängte Wunsch ist die Sehnsucht nach einer Geliebten, von der er die Liebe, aber noch keine Kinder empfangen würde, so daß er die Familienlasten vermeiden und sich der Kunst widmen könnte. Eine solche kinderlose Verbindung (Ehe) wäre gerade für ihn, der finanziell wenig günstig gestellt ist, der beste Ausweg für eine Lösung des Liebes-



problems in absehbarer Zeit, und es scheint, wie wenn der Traum diesen berechtigten, aus Gründen reiner Konvention verdrängten Wunsch zur Diskussion stellen wollte.

Die Kinderlosigkeit der Ehe ist aber keine gewollte, sondern die Folge eines Versagens des männlichen Partners; die Angst ist darum nur zum Teil Folge eines verdrängten Wunsches, zum anderen, wohl größeren Teil, ist sie einfache Impotenzangst des Träumers, Zweifel an der eigenen Liebesfähigkeit. (Der Onkel vertritt das Problem Pauls.) Die Impotenz wäre die Folge der Onanie, die bei Paul nicht fehlt, und über die er sich öfters Gedanken macht.

Damit lernen wir eine neue Seite von Pauls Sexualproblem kennen, seine masturbatorische Selbstbefriedigung, die wohl von Phantasien begleitet ist und darum nicht als reiner Autoerotismus aufgefaßt werden kann.

Nach allem, was wir über Pauls Sexualkonstitution bereits wissen, ist das Bestehen eines Impotenzkomplexes nicht erstaunlich, ist doch nach *Freud* die Impotenz die Folge von starken, unbewußten, inzestuösen Phantasien, und es ist nun sehr typisch, daß die Angst vor dem Versagen der Sexualkraft sich nicht schon früher bei dem Dirnenproblem bemerkbar machte, sondern erst hier, bei Margrit, wo er sich ein Liebesobjekt sucht, das seine gesamte Wertschätzung verdienen würde, das nach dem Vorbild der ersten inzestuösen Geliebten gewählt ist, und bei dem darum die Inzestschranke mitklingen und seine Sexualität hemmen würde. Andererseits wissen wir, daß seine Sexualität zum Teil noch ganz unentwickelt ist, auf einer niederen Stufe steht, die ihm durch den Proletarier symbolisch gekennzeichnet wird, und verstehen darum, daß er diese Gefühle wohl einer Dirne, aber nicht einer geschätzten Frau geben kann. Die Impotenzangst bei der geachteten Frau paßt darum sehr gut in unser Schema von Pauls Gefühlsentwicklung, sie ist eine Folge der inzestuösen Fixation. Der Traum sagt ihm also: gewiß, suche dir nur eine Frau nach dem Vorbild der Margrit, wisse aber, daß du sie nicht mit der ganzen Kraft wirst lieben können, solange die Schwester- (und Mutter-?) bindung dich lähmt [1]).

[1]) Die Gefahr, die seiner Sexualität auf dem Wege zum Inzest droht, illustriert aufs deutlichste einer seiner schönsten Träume aus der Zeit vor der Grippe (gekürzt):

September 1918. Auf einer Hochebene, die eine Stadt und einen See beherrscht, erhebt sich eine Kathedrale, die auch als eine starke Festung erscheint. Es soll in ihr ein Konzert stattfinden. Menschenmengen strömen herbei. Ich spaziere mit Bertha, ich halte sie um die Hüfte, sie mich auch, wir sind ganz glücklich und erwarten den Moment, wo das Konzert beginnen wird. Nun kommt meine Mutter, und ich lasse Bertha los. Mama teilt uns mit, daß wir eine Eintrittskarte benötigen, die ich vergessen habe. Sie muß von einem Beamten kontrolliert werden. Ich verlasse Bertha und stürze nach Hause, um die Karte zu holen. Aber



Ein sehr bedeutsames neues Licht auf Pauls Liebesleben wirft sein Einfall auf Paula, die tiefste Zuneigung seiner Jünglingsjahre, die er verließ, weil eine Ehe wegen der Kränklichkeit des Mädchens nicht möglich schien. Nach diesem Verzicht ist die Liebe zur Schwester wieder aufgeflammt, die latente inzestuöse Bindung wurde also regressiv wieder verstärkt, nachdem die Realübertragung gescheitert war.

Diese Liebe zu einem ausgerechnet kränklichen Mädchen war ja freilich wohl auch keine vollwertige psychologische Leistung; man vermutet, daß das Unbewußte hier — unter all den sich bietenden Möglichkeiten — das Objekt erwählte, das ein Merkmal an sich trug, das die reale Beziehung verunmöglichte. Hier nur sprang der Funke über. Die Wahl

---

die Kathedrale steht auf einem hohen Felsen. Ich komme an einen Abgrund. Etwas unter mir ist eine in der Luft frei hängende Ebene, auf der viele Menschen gehen. Dorthin sollte ich gelangen, aber sie entfernt sich immer mehr von mir. Mein Standort schwankt. Ich erwische mit den Händen zwei Äste einer Weide. Niemand hilft mir. Ich hänge an den zwei Ästen und sollte auf den Stamm steigen, der vertikal ist und so dick wie ein dicker Finger. In der linken Hand halte ich zwei getrocknete Pflaumen, die mich sehr hemmen. Die Leute rufen mir von unten zu. die Pflaumen fahren zu lassen, ich weiß, daß mich das retten würde, aber ich will nicht. Die Äste biegen sich unter meinen Gewicht, zerbrechen und ich stürze in den Abgrund....

Einfälle. Kathedrale — mystische Sinnlichkeit.

Bertha, meine Kusine, sie gleicht sehr stark meiner Schwester, es ist herrlich mit ihr, sie läßt sich umarmen, eine Art etwas unbewußtes Paradies.

Mutter — soziale Zensur.

Der Abgrund — ich weiß, daß nur ich mich retten kann.

Die Pflaumen — sind meine Hoden, der Ast das Glied.

Deutung (von Paul). Meine mystische, inzestuöse Liebe für meine Schwester, alles geht gut. Wenn es aber gilt, die Erlaubnis der Gesellschaft und des Beamten zu erhalten, klappt es nicht mehr. Ich bin dann allein, der einzige meiner Art, ein verworfener, aus der Gesellschaft ausgestoßener. Alles stürzt unter mir zusammen. Ich könnte mich retten, wenn ich meine Pflaumen, mein Geschlecht opfern würde, aber ich will nicht, ich darf nicht. Dann falle ich in den Abgrund.

Der wesentliche Gedanke ist wohl, daß Paul sich die Erlaubnis zu einem mystischen Versinken im Inzest holen will und dabei in Gefahr gerät und sich nur durch das Opfer seiner Sexualität retten könnte. Nur als Kastrat würde er in die Kathedrale gelangen. Die Sozietät oder sein Kollektivbewußtsein wendet sich gegen die inzestuöse Anwendung seiner Sexualität, die darum eigentlich unmöglich ist und einer Kastration gleichkommt. Die Kastration als Strafe für den Inzestwunsch ist ein überaus verbreitetes Motiv. Da er aber weder auf den Inzest noch auf die Sexualität verzichten will, ist er ein Paria und stürzt in den Abgrund.

des kränklichen Mädchens war ein Kompromiß zwischen der Tendenz zur Realübertragung und der inzestuösen Bindung. Der Umstand, daß Paula dieselben Namensinitialen hat wie der Träumer, war natürlich eine wesentliche, vielleicht sogar notwendige Erleichterung für diese Übertragung, indem nun die Libido fast mühelos aus der Bahn des Narzismus auf das gleichbenannte fremde Objekt hinüberglitt.

Die aus der Inzestbindung resultierende Hemmung der eigenen Sexualität hat sich sozusagen in der Krankheit des Mädchens objektiviert[1]), und es erklärt sich dadurch, daß er nach dem Verzicht auf diese Übertragung wieder in die inzestuöse Bindung zurückfiel. Daß das Mädchen für eine Ehe nicht in Betracht kam, darin müssen wir Paul recht geben; er hatte aber zweifellos unrecht, aus diesem Grund seine Gefühle für Paula gewaltsam abzuschneiden, seiner christlichen Moral folgend, die die Liebe nur dort erlaubt, wo die Ehe in Aussicht genommen ist. Diese Moral entspringt einem rein normativen Denken, einem Denken, das die psychologische Tatsache der Entwicklung des Gefühlslebens zu wenig berücksichtigt, sie benimmt sich wie ein Lehrer, der von seinen Schülern gleich

[1]) Dem ersten Übertragungsobjekt haftet sehr oft irgendeine Qualität der Unerreichbarkeit an, die Geliebte ist zu alt, zu hoch oder zu tief in der sozialen Stellung, schon verlobt oder verheiratet, eine Krankenschwester oder in den Mythen eine Priesterin. Als klassische Beispiele erwähne ich Tristan und Isolde — die Geliebte die Frau des Königs — Romeo und Julia — die Geliebte die Tochter des feindlichen Hauses — Hero und Leander — die Geliebte eine Priesterin — Goethes Werther — die Geliebte verlobt. — *Freud* hat in seiner klassischen Abhandlung über die Psychologie des Liebeslebens einen Liebestypus aufgestellt, dessen Liebeserlebnis an die Bedingung geknüpft ist, daß die Geliebte bereits einem anderen Manne gehört, und er zeigt, wie diese Bedingung sowie die immer vorhandene enorme Überschätzung der Geliebten sich unschwer aus der Nachwirkung einer überstarken Mutterimago erklärt. Es ist eine bloße Erweiterung seines Typus, wenn ich das Gewicht auf die Unerreichbarkeit der Geliebten lege, sei sie nun so oder anders bedingt. Unerreichbar für die Liebeswünsche des Sohnes ist ja auch die Mutter, und zwar nicht nur, weil sie die Frau des Vaters ist, der die Inzestschranke ja nur am deutlichsten verkörpert. Die erste Liebe scheitert also einerseits meistens darum, weil die Gefühle noch bei der Mutter gebunden sind, und andererseits bedingt die im Unbewußten noch stark determinierende Mutterimago die Wahl des Objektes und erheischt die ihr zukommende Qualität der Unerreichbarkeit. Die Inzestschranke objektiviert sich in einer äußeren Schranke. Das Bestehen solcher Inzestwünsche bei Paul wurde mir überdies durch einen seiner Träume, den er mir mehrere Wochen nach dem Delir schickte, bestätigt. Er hat den folgenden klassischen Inhalt: Der Vater bringt mir die Mutter und erlaubt mir den sexuellen Verkehr mit ihr.



die vollendete Leistung verlangt und die notwendigen Vorübungen übergeht; sie will ihn vor den Konflikten bewahren, in die ihn das Leben seiner noch nicht reifen Gefühle bringen kann, hält ihn aber gerade dadurch im Inzest fest. Jede von außen herangetragene Norm an das Gefühlsleben ist eine Gefahr, das sich ohne äußeren Zwang am besten entwickelt: da es seine Norm in sich trägt. Niemand würde die Lektüre eines Schülers mit Nietzsche oder Kant beginnen lassen, in der Erkenntnis, daß die Stufe der Indianer- und Detektivgeschichten nicht übersprungen werden kann; in der Liebe aber sollen wir sozusagen mit den Klassikern beginnen. Die christliche Sexualmoral wirkt daher praktisch meist im Sinn der Gefühlsverdrängung, deren großer Kollektivausdruck sie ist; sie hält die Sexualität im Inzest fest und versucht eine Sublimierung der Gefühle ins Religiöse zu erzwingen, was ihr freilich meistens nur sehr mangelhaft gelingt. Ihre fatale Wirkung ist bei Paul besonders manifest. Er schneidet das Gefühl für das kränkliche Mädchen gewaltsam ab mit dem Erfolg, daß ein Teil seiner Liebe doch bei dem Mädchen bleibt, so daß er nicht fähig ist, ein neues Objekt zu erkämpfen, sondern mit dem Rest der Gefühle die Schwesterbindung regressiv belebt. Statt eines normalen menschlichen Erlebens, statt gesunder Konflikte sehen wir Zerrissenheit und Inzest und Stillstand der Entwicklung [1]). Daß damit weder dem kränklichen Mädchen, noch der Schwester, noch Paul selbst, noch der Allgemeinheit gedient ist, ist klar.

---

[1]) Romain Rolland hat in seinem großen Entwicklungsroman „Jean Christophe“ die Geschichte der Liebesentwicklung seines Helden prächtig geschildert. Er hat den Mut, ihn erst eine Freundschaft erleben zu lassen, die eine deutlich homosexuelle Note trägt (diese homosexuelle Phase fehlt wohl im Leben keines Künstlers), dann folgt die Liebe zu einer vornehmen Nachbarin, einer Witwe. Christophe weiß lange nicht, ob er diese Frau mehr liebt oder ihre Tochter, einen Backfisch in seinem Alter, um sich schließlich für das Mädchen zu entscheiden, bis die Mutter die Beziehung aus sozialen Gründen zerstört. Die nächste Liebe gilt wiederum einer jungen Witwe, einer träumerischen, sinnigen Frau aus dem Volke, die an einer Erkältung stirbt, die sie sich in einer Nacht zuzieht, in der sie glühend vor Liebe auf Christophe wartet, der seinerseits sich nach ihr verzehrt, aber im richtigen Moment den Mut nicht findet, zu ihr zu gehen.

Mit Ada erst, einem gewöhnlichen Ladenmädchen, einer Dirnenseele, kommt er zum vollen Liebeserlebnis, er kostet dieses Verhältnis völlig aus, allmählich darüber hinauswachsend, so daß schließlich ein plumper Scherz Adas genügt, um ihm die Gewöhnlichkeit dieser Person so unerträglich erscheinen zu lassen, daß er die Beziehung sogleich abbricht. Nach seiner Flucht aus Deutschland pflegt er in Paris vielfache Freundschaft und knüpft ein Liebesverhältnis mit einer Künstlerin. Die späteren Schicksale seiner Liebe sind zu stark durch seine Künstlerschicksale bestimmt und enthalten kaum mehr etwas Typisches.



In dem im Delir latenten Gedanken, nun doch eine kinderlose Ehe mit Paula zu schließen, liegt insofern etwas Gesundes, als er die Wiederaufnahme der Gefühle für das Mädchen enthält.

III. Mit meinem Vater ersteige ich den Turm der Stadtkirche. Wir erreichen einen großen kreisförmigen Saal, in dem eine Versammlung von katholischen Priestern und Autoritäten tagt, was uns empört. Ich gelange allein in die Spitze des Turmes, wo ich mich auf meine Matratze lege. Disposition des Raumes ist die meines Krankenzimmers. Ein Pfaffe beginnt zu predigen. Seine Getreuen (Bauern) scharen sich um ihn und verschwinden nach und nach in einem Schrank. Der Pfaffe sieht mich und richtet seine Predigt gegen die protestantische Theologie, wendet sich mit Ironie gegen mich. Diese Predigt ist sehr lang; sehr langweilig; voller Wiederholungen und Gemeinplätze. Am Ende angekommen, verlangt der Pfaffe ein Kissen von mir, um darauf zu schlafen. Ich trage ihm eines zu. Ich bin etwas müde — er lächelt und sagt nichts.

Es ist Mitternacht. Meine Krankenschwester ist gekommen.

Am anderen Morgen folge ich dem Pfaffen in eine Art Küche. Er zankt mich aus und überläßt mich der Gewalttätigkeit der Küchenjungen, einer übeln Gesellschaft, die von einem anmaßenden und brutalen Menschen geführt wird, vor dem ich Angst habe. Er greift mich brutal an, bis mein Bruder Adolf mir zu Hilfe kommt und ihn in Schach hält. Ich drücke mich und gelange in eine kleine Wohnung einer Art Barbiers, der eine Frau und zwei Töchter hat. Hier fühle ich mich ganz sicher.

Ich habe das Gefühl, zweimal diesen Traum geträumt zu haben.

Einfälle. Rat der Pfarrer: Ähnlichkeit mit dem Konsilium der protestantischen Pfarrer, über das Papa sich gern lustig macht. Die Predigt gleicht den Predigten des Vaters, der sich oft ironisch über meine Ansichten äußert. (Paul denkt hier an seine kritische Stellung zum Christentum; er stellt den Zarathustra Nietzsches über die Bibel und bezweifelt die Realität aller transzendenten Elemente der Religion, die er psychologisch versteht.)

Ich fürchte den Pfaffen, weil er die ganze Gemeinde hinter sich hat.

Katholizismus: Prinzip der blinden Unterwerfung unter die Autorität. Mystizismus, blinde Abhängigkeit von der Familie verbunden mit einer inzestuösen Gefühlsmystik.

Die Küche: Atmosphäre der wüsten Szenen mit den Burschen der Niederdorfstraße.

Adolf: steht mit allen Autoritäten gut. Rettet die Situation.

Der Barbier: angenehmes Milieu, wo ich öfters leben möchte.

Burschen der Niederdorfstraße — hatte Angst vor ihnen, sie waren roh, gemein, wild, primitiv. Ich habe selbst früher furchtbare Wutanfälle gehabt gegen den Vater, habe sie unterdrücken gelernt. Hatte auch grausame Neigungen, habe einmal ein Tier zerschnitten und meine Hände



mit Genuß ins Blut getaucht. Diese Neigungen sind jetzt fast verschwunden, ich beherrsche sie. Neigung zu Jähzorn ist in der Familie häufig.

Deutung. Dieses Delirstück behandelt die Beziehung zum Vater und zur Autorität. In Gesellschaft seines Vaters entdeckt er in dem Turm der Stadtkirche, in der der Vater bisweilen predigt, eine Gesellschaft katholischer Priester, was Vater und Sohn empört. Die Predigt des Pfaffen, die sich gegen Paul richtet, erinnert ihn nun aber an die Reden des eigenen Vaters, der auch oft die Anschauungen des Sohnes ironisiert. Es wäre nun aber falsch zu schließen, daß der Pfaffe eine Ersatzfigur für den Vater sei, denn dieser ist ja auch über die katholische Sippschaft empört, sondern der Vater und der Pfaffe im Traume sind zwei verschiedene Manifestationen, zwei Seiten des Vaterbildes, das der Träumer in sich trägt. Diese Auseinanderlegung des Vaterbildes in einen guten und einen bösen Vater ist etwas allgemein Menschliches, sie erklärt sich daraus, daß der Vater, soweit er Vorbild und Führer ist, angenommen und geliebt werden muß und daher als gut erscheint; insofern der Sohn aber nach eigener Selbständigkeit ringt, eigene Wege gehen will, muß er die väterliche Autorität überwinden, und darum erscheint ihm der Vater als ein Unterdrücker und Feind, den er bekämpfen muß [1]). Der Vater Pauls ist eine sehr starke, charaktervolle Persönlichkeit, ein Gelehrter mit eminenten Qualitäten, die auch sein Sohn rundweg anerkennt, obschon er in starkem Gegensatz zu ihm steht und Zeiten heftigster Auflehnung und temperamentvoller Auseinandersetzungen mit dem Vater hinter sich hat. Es ist darum nicht verwunderlich, daß er im Delir unter zwei Aspekten auftritt. Dem Bild des guten Vaters, des anzunehmenden Führers, sind wir schon im ersten

[1]) Das klassische Beispiel ist Hamlet, der alle guten ihm vorbildlichen Qualitäten seines Vaterbildes dem verstorbenen König leiht, und alle schlechten Tendenzen, insbesondere auch die eigenen Inzestwünsche in Onkel Claudius erlebt. Unsere Generation verteilt ihr Vaterbild oft auf Vater und Großvater, ersterem die negativen, letzterem die positiven Qualitäten leihend, was wohl allerdings seine historischen Gründe hat, indem die junge Generation sich mit Recht von dem gräulichen Materialismus ihrer Väter abwendet und auf die seelischeren Werte früherer Kulturen zurückgreift.

In der Analyse werden beide Vaterbilder auf den Analytiker projiziert, normalerweise erst die positive, dann die negative Imago. Das Auftreten der negativen Imago leitet die Ablösung ein, die vollendet ist, wenn der Analysand die beiden Bilder als Symbole von Tendenzen der eigenen Seele realisiert hat, wenn er den Führer in sich (*Mäder*, Heilung und Entwicklung im Seelenleben) fühlt und auch den bösen Dämon der Negation nicht mehr projiziert. Die religiöse Sublimierung der beiden Imagines tritt uns in den Göttern Ahura-Mazda und Ahriman, dem guten und bösen Prinzip der Perser, sowie in Gott und Teufel der Christen entgegen.



Delirstück begegnet; hier erscheint es wieder und geleitet den Sohn in die Kirche und empört sich mit ihm über die katholische Geistlichkeit, sozusagen über seine andere Hälfte. Der Pfaffe ist der Vater, soweit er dem Sohne hemmend entgegentritt, seine Anschauungen ironisiert, seine Freiheit beschneidet, er vertritt ein autoritäres, reaktionäres Prinzip [1]), das die blinde Fesselung an die Familie, ja den „inzestuösen Mystizismus", die inzestuöse Bindung bezweckt.

Wir wissen von früher her, daß vor allem der christlichen Sexualmoral mit ihrer Verdrängungstendenz die Schuld zukommt, daß das Gefühlsleben Pauls noch weitgehend im Inzest steckt. In der Person des katholischen Priesters (Zölibatsmotiv) erhält nun diese Moral, die auch der Vater vertritt, ihre chargierte Personifikation. Der Pfaffe — negative Vaterimago — richtet sich also gegen das individuelle Denken Pauls und unterbindet namentlich dessen Gefühlsentwicklung, hält ihn im Inzest fest. Es kommt hier diesem Vaterbild nicht die typische Rolle zu, es wendet sich nicht gegen die Inzestwünsche des Sohnes, es treibt ihn sogar hinein, dieser Vater ist dem Sohne gefährlich, er sollte überwunden werden, und es erscheint das bloße Einschlafen des Pfaffen nach seiner Predigt als eine ungenügende Ausschaltung dieses Prinzips. Er erwacht denn auch am anderen Morgen wieder, zankt den Träumer aus und überliefert ihn der Gewalttätigkeit der rohen Küchenjungen. — Was stellen diese unkultivierten Elemente in Pauls Seele dar? Sie erinnern an die Burschen des Niederdorfs, deren rohe Streiche den Träumer früher schreckten, sie erinnern an eigene, frühere, grausame Anwandlungen und Wutanfälle gegen den Vater, die er gelernt hat zu verdrängen. Sie stellen also eine Libidomenge [2]) dar, die roh, unentwickelt ist, sich in Wutanfällen und sadistischen Neigungen äußerte und nun unter Verdrängung liegt. Der Einfall auf die Burschen des Niederdorfs weist auch auf den Sexualgehalt dieser primitiven Elemente, welche also Symbol sind für verdrängte Kräfte in Pauls Seele, sexueller, sadistischer, aggressiver Natur. Hier haben wir nun das Element, das uns im bewußten Leben des Patienten fehlt, wo wir ein unreifes Gefühlsleben fanden, das sich noch kaum von den inzestuösen Objekten freigemacht hat. Das Gefühlsleben ist eben darum unreif, weil ein ganzer Teil von Affekten und Trieben infolge der starken Verdrängungswirkungen seit der Jugend die Entwicklung nicht mitgemacht hat, vom Leben ausgeschaltet wurde, nicht zum Objekt gelangte und darum auf der Stufe der Gassenjungen stehen blieb. Und es ist nun sehr bezeichnend, daß es gerade der Priester ist, der ihn der

[1]) Dieses Prinzip ist einerseits im Vater, der etwas Autoritäres hat, seine Anschauungen gern dekretiert, Diskussionen meidet und den Sohn ziemlich streng hält; es ist andererseits im Sohn, insofern er sich infantil einstellt.

[2]) Libido im *Freud*schen Sinne gefaßt — Energie aller psychosexuellen Strebungen



Gewalttätigkeit dieser Gassenjungen ausliefert; das heißt, die blinde Unterwerfung unter das Autoritäts-Verdrängungsprinzip führt schließlich zu einem Durchbruch des Verdrängten; der Pfaffe selbst trägt die Schuld, wenn nun nach dem Gesetz der Enantiodromie [1]) das bisher Negierte sich zum Leid des Träumers durchsetzt. Die Sache liegt wie in der Politik, wo ein konsequentes reaktionäres Regime der sicherste Weg zu Umsturz und Revolution ist, wie denn der Bolschewismus am besten in den Ländern gedeiht, die früher am meisten unter autokratischer Mißwirtschaft litten, in denen der Terror von oben nun einfach durch den Terror von unten abgelöst wird. Eine ähnliche Gefahr droht Paul; die bisher abgespaltenen Elemente der Seele sind aktiviert, er gerät in ihre Gesellschaft. Daher seine Angst, die Angst vor diesen eigenen primitiven Affekten. In den Küchenjungen machen wir Bekanntschaft mit einem der fundamentalsten Komplexe Pauls, der uns immer wieder begegnen wird. Seine Assimilation wird eine Hauptaufgabe der Entwicklung der nächsten Jahre sein. Vorderhand aber empfindet er nur Angst vor diesem Problem, er ruft seinen Bruder Adolf zu Hilfe, der auch Theologie studiert, aber mit Überzeugung, und der dem Vater viel näher steht wie Paul, also eine verjüngte Auflage des Verdrängungsprinzips darstellt. Adolf hält den Führer der Küchenjungen in Schach, so daß Paul in en angenehmes Milieu entflieht, wo er vor den Küchenjungen und dem Pfaffen sicher ist.

IV a. In einer nächtlichen und nebligen Landschaft, mitten in Wiesen und Felsen endet ein Familienfest. Großpapa ist hier, Onkel und Tanten, Vettern und Basen. Verteilung von Geschenken. Ich liege auf meiner Matratze; die Wache ist neben mir. Zu meinem großen Bedauern zieht sie mich bald von dem Feste weg, an dem ich mich allerdings etwas fremd fühle.

Nach mannigfachen dunkeln Ereignissen nach einem langen Halt in einen Wäldchen in der Nähe des Lindengutes gelangen wir auf den Perron eines Bahnhofes (eine Kombination des Bahnhofes von Neuchâtel und Zürich), wir steigen in einen großen Wagen, der demjenigen des dritten Stückes gleicht, es ist aber ein Wagen einer Einschienenbahn. Ich vermute, daß Jules, der Kutscher, mit Roß und Wagen auch eingeladen sei.

Dann beginnt eine große Reise in diesem „Monorail". Wir fahren durch gerade endlose Straßen und um gefährliche Bogen, in größter Geschwindigkeit im Lindengut und auch in Außersihl[2]) in Zürich. Ich bewundere das Funktionieren der Bahn. Die Straßen werden immer belebter, obschon es fast Mitternacht ist. Schließlich sehe ich ganze Züge von Kindern, die Tänze aufführen und mit Freiheitsbäumen herumziehen. Die Kinder

---

[1]) Von Heraklit entdeckt. Er meint damit das Gesetz der Funktion der Gegensätze, daß jedes einseitige Verfolgen einer Linie schließlich einmal beim Gegenteil landet, zitiert in *Jungs* „Unbewußte Prozesse" (*Rascher*).

[2]) Das Arbeiterviertel von Zürich.



sind geteilt in Nationale und Bolschewiki, und sie bekriegen sich ernstlich. Die Nationalen tragen die Farben der Schweiz und der Alliierten, sie triumphieren über die roten Bolschewiki. Die einen zerstören die dekorierten Bäume der anderen. Unsere Maschine steht schließlich in der Nähe eines nationalen Baumes still, der in vollem Siege prangt. Ein Motordefekt wird verkündet.

Dann Nacht, Ruhe und Schlaf.

Einfälle. Familienfest: dieselbe Empfindung wie im ersten Stück. Man versteckt mir etwas, man hindert mich, an den Spielen der anderen teilzunehmen.

Der Wagen: großes Vergnügen, als er sich endlich in Bewegung setzte. Wir fuhren durch das Boulevard M. hinunter, das zum schmutzigen Arbeiterviertel führt.

Die Revolution ereignet sich in Neuchâtel und in Außersihl. Es ist zugleich auch der Abschluß des Waffenstillstandes, 11. November. Freude und Ruhe. Sieg über die Ungeheuer der Macht. Entspannung.

Monorail — gibt es in Amerika, etwas Merkwürdiges, Erstaunliches, habe einmal versucht, eines herzustellen. Es braucht dann große Kreisel, die durch ihre Bewegung das Gleichgewicht bei der Fahrt garantieren. Es ist im Traum wohl darum ein Monorail, damit später die schönen Kreisel erscheinen können.

Die Familie ist hier ein Prinzip der Zerspaltung durch ihre Oberflächlichkeit, die mich hindert, zu mir selbst zu kommen. Man muß sich in der Familie an all die Menschen anpassen, mit allen nett sein, das ist gefährlich. Dieselbe Gefahr besteht auch etwas in der Studentenverbindung. Es scheint mir, daß ich im Delir die Familie, das Prinzip der Oberfläche, verlasse, um die innere Anarchie zu bekämpfen.

Deutung. Der Träumer befindet sich an einem Familienfest, wie sie in seiner zahlreichen Familie oft gefeiert werden, und die er im allgemeinen gern mitmacht. In den Zügen, daß er sich wohl etwas fremd unter den Eigenen fühlt, daß er sich aber doch nur mit Bedauern von der Krankenschwester wegziehen läßt, ist sehr deutlich der Kampf zwischen der Familienbindung Pauls und der Notwendigkeit, diese aufzugeben, zu erkennen. Er sollte sie verlassen, denn sie ist ihm ein Prinzip der Zerspaltung, der Verflachung ähnlich wie sein Studentenverein, wo er sich auch nach allen Seiten anpassen muß, konventionelle Gefühle darstellend und darüber nicht zu sich selber kommend. Sein Unbewußtes stellt darum wieder, wie im dritten Delirstück, die Forderung, die gefährliche Atmosphäre (die Schwesterbindung steckt ja dahinter!) zu verlassen, und wir begegnen wiederum dem Motiv der Reise. Der Weg führt zum Bahnhof. Als Reisevehikel dient diesmal ein Monorail, warum, wird später erst klar werden. Die Reise geht diesmal bis nach Zürich, wo die Revolution tobt. Damit wird das Thema des vorigen Stückes wieder aufgenommen, statt der Küchenjungen erscheinen die Proletarierkinder, die Bolschewiki, die



die nationalen Kinder ernsthaft bekriegen. Ein typischer Ausfluß seiner welschen Kollektivpsychologie ist es nun, daß die nationalen Kinder auch die Farben der Alliierten tragen und der Sieg über die Bolschewiki gleichgesetzt wird mit der Unterwerfung Deutschlands, des Ungeheuers der Gewalt.

Für die Welschen war eben Deutschland wegen seiner Haltung im Krieg vielfach zum Symbol aller schlimmen Brutalität und Gewalt geworden [1]), und man identifizierte sich und das Wohl des eigenen Landes mit der Sache der Alliierten, woraus sich die ungeheure Freude der Welschschweiz über den Waffenstillstand erklärt, welche nur durch den gerade ausbrechenden Generalstreik gestört wurde, den man als Ausfluß deutscher Machinationen anzusehen geneigt war. Hieraus erklärt sich die Verdichtung im Delir zwischen Revolution und Waffenstillstand, die wohl auch den geheimen Wunsch enthält, der Streik möge so enden wie der Krieg, mit einem Sieg über die Feinde der gerechten Sache [2]). Die revolutionierenden Proletarier und, wie wir nun sehen, die Deutschen sind aber in erster Linie Symbole für die eigenen primitiven Affekte, die mit Empörung drohen, und der Traum (sit venia verbo) stellt nichts anderes dar als die Bearbeitung des Wunsches, diese innere Revolution durch einen glatten Sieg, durch eine neue Verdrängung niederschlagen zu können. Dies gelingt, aber wir dürfen wohl vermuten, daß dieser brutale Sieg den inneren Konflikt nicht eigentlich lösen wird, so wenig, wie der Gewaltfriede Clemenceaus Europa die erhoffte, wirkliche Erlösung und Ruhe bringen wird. Es ist sehr interessant, hier einmal die Hintergründe einer

---

[1]) Inwieweit dies berechtigt war, habe ich hier nicht zu diskutieren.

[2]) Paul ist sehr patriotisch gesinnt, Mitglied der Bürgerwehr und gegen jeden Generalstreik. Es war mir ein eigentümliches Erlebnis, ihn in seiner Studentenverbindung für den Ausschluß zweier Mitglieder stimmen zu sehen, die sich gegen den offiziellen Patriotismus der Verbindung aufgelehnt hatten und als Bolschewiki galten.

Unsere Einstellung zu den staatlichen und sozialen Mächten in der Außenwelt kann sehr leicht durch deren Symbolwert in viel höherem Maße bestimmt werden, als die Ratio ahnt, und es ist in solchen Fällen eine dankbare Aufgabe der Analyse, die politische Überzeugung von solchen unbewußten Einflüssen zu befreien. Ersetzen kann die Analyse die sachliche Bearbeitung der schwierigen äußeren Probleme natürlich nicht, sie kann nur das zu subjektive Moment eliminieren.

Bei Paul würde die Annahme des eigenen Proletarierproblems unbedingt auch zu einem tieferen Verständnis für die Lage der unteren Klasse führen und seine reaktionären Gelüste ersticken. Diese Ausführungen haben nur individuelle Bedeutung, im allgemeinen ist es wohl umgekehrt, indem der Reaktionär in den Revolutionären die Gewalt haßt und fürchtet, die er selbst so gern bejaht.



politischen Einstellung aufdecken zu können, es ist klar, daß Pauls Identifikation mit der Sache der Alliierten, der Haß gegen das Deutschland der Kriegszeit, sowie namentlich seine antirevolutionäre, reaktionäre Haltung in der inneren Politik — ich erinnere an das ominöse: „Den infamen Proletarier töten" — weitgehend durch seine innere seelische Struktur bedingt, sekundäre Bearbeitungen sind des eigenen Problems der Haltung zum Primitiven in sich. Sein gewaltsamer Sieg über die innere Anarchie erscheint darum als eine problematische Lösung des Problems.

IV b. (Was sich ereignete während des ersten oder zweiten Motordefektes.) Der Wagen hatte sich in eine Art Deck verwandelt, wie man sie auf den Schiffen des Genfer Sees sieht. Viele Leute waren dort versammelt, viele Männer, Ingenieure. Einer meiner Freunde ersuchte den Chefingenieur für mich um die Erlaubnis, die Maschinerie des Monorails zu sehen.

Man wies mich an, mich auf den Rücken zu legen und meinen Kopf in einen weiten Raum zu stecken. Ich gehorche und nach einer Weile, in der ich nur Nacht sehe, erblicke ich in einem Nebel die Kreisel der Maschine. Diese Kreisel waren sehr große Scheiben, die auf einer Achse montiert waren, die so lang war wie ihr Durchmesser, und drehten sich frei in der Luft in ungeheurer Geschwindigkeit. Sie beschrieben spiralige Kurven wie die Schrauben des Kinderspielzeuges, die man mit Hilfe von geschraubten Stäben in die Luft fliegen läßt.

Sie drehten mit einem dumpfen Summen, ohne Unterbruch und in einem Rhythmus und schienen durchsichtig, so schnell drehten sie sich. Dieser Anblick setzte mich in Ekstase, wie vor der Musik der Sphären. Zwei- oder dreimal nahm ich die Stellung wieder ein, um ihn wieder zu genießen, denn es war so viel Schönheit, Harmonie und Vollendung in diesen fliegenden Kreiseln.

Unterdessen versammelte sich auf dem Deck des Schiffes ein Völklein von Herren und Damen in Toilette. Während des Motordefektes organisierte man einen Ball. Die Musik spielte schon! Leider kann ich nicht teilnehmen, da ich krank bin und keine Kleider habe.

Einfälle. Dieser Traum ist das natürliche Ende des vorigen Stückes. Nach dem Sieg über den inneren Feind die Harmonie, Schönheit und Frieden.

Die Stellung im Traum entspricht meiner Stellung im Bett, der Körper in Decken gewickelt, im Warmen, der Kopf frei, die Augen in die Nacht, gegen einen freien Raum gerichtet. Kreiselexperiment, das ich im Januar machte. In meinem sehr heißen Bade liegend, gehe ich mit den Ohren unter das Wasser und höre von neuem das Gesumme der Kreisel im Rhythmus meines Herzschlages. Ganz derselbe Eindruck wie im Traum.

Eine andere Erfahrung: Während des schlaflosen Zustandes, der mir die Inspiration für den „Hymnus an die Schönheit" brachte, hatte





ich dasselbe Gefühl von Hitze am Körper und Frische am Kopf und auf den Augenlidern, wie wenn eine frische Brise von oben mich erkühlen käme. Und in dieser reinen Stimmung meiner Seele und meines Körpers schuf ich das Sonett.

Ball: Raffinierte Sinnlichkeit. Aus der Tiefe meiner Ruhe steigt dieser Wunsch nach Sinnlichkeit auf, wie das Bild einer Frau sich aus dem Frieden meiner Seele erhebt.

Deutung. Dieses Delirstück ist außerordentlich schön und klar. In den Kreiseln des Monorails erscheint dem Träumer ein Symbol seiner dichterischen Produkte. Sein Sonett wurde ihm eingegeben in einem Zustand, der ganz demjenigen gleicht, in dem er im Delir den Kreisel sieht. Die Harmonie, das freie Schweben, der Rhythmus, das Entzücken, in das er versetzt wird, all diese Dinge beziehen sich ebenfalls auf seine dichterischen Produkte, an denen er eine große Freude hat. Ein gutes Gedicht schwebt ja quasi frei im Raum, glänzt, ist voller Rhythmus und setzt in Ekstase! Auf der Reise nach Zürich, auf dem Wege seiner Entwicklung würde Paul also auch zu seinen dichterischen Produkten gelangen. Es erhebt sich hier aber noch folgendes Problem: Die Kreisel dienen dazu, um das Gleichgewicht des Monorails zu erhalten (der sich allerdings in ein Schiff verwandelte). Kommt nun seinen poetischen Produktionen auch diese Funktion zu, das heißt, sucht er in seinen Gedichten einen Halt, eine Sicherung gegen die gefährdete Stabilität, den drohenden Umsturz seiner inneren Lage? Die Fahrt im Monorail könnte nach der *Jung*schen Typenlehre sehr wohl als Symbol für eine Entwicklung aufgefaßt werden, die nur auf einer Funktion erfolgt — wir wissen, daß Paul bis heute vorwiegend sein Denken entwickelt hat. Sozusagen auf dieser Funktion verläßt er die Familie und sieht sich von ihr aus die Revolution an, aus dem sicheren Wagen. (Er wird später zu Fuß gehen und nackt in die Hände der Bolschewiki fallen.) Diese einseitig intellektuelle Einstellung, deren Korrelat auf der Fühlseite durch Inzest und die Bolschewiki charakterisiert ist, würde nun durch seine Kunst aufrechterhalten, insbesondere durch jenen Hymnus an die Schönheit, der offensichtlich einen Versuch bedeutet, sich vor der inneren Anarchie, vor dem Bolschewikiproblem in einen ästhetischen Kultus zu flüchten. Sein Einfall: nach dem Sieg über den inneren Feind die Harmonie, Schönheit und Frieden, kommt dieser Auffassung sehr entgegen; er enthält nur den einen Fehler, daß er annimmt, der innere Feind in Außersihl sei erledigt, er ist nur niedergeschlagen und wird ihm noch viel zu schaffen machen. Daß auch das erwähnte Gedicht über den Inzest psychologisch einem Stabilisierungsversuch gleichkommt, ist klar. Seine Kunst ist also wohl noch zu sehr Ausdruck seines höchst persönlichen Problems, der Annahme der anderen Funktion, auch sie wird an Tiefe und Gültigkeit gewinnen — sofern Paul ein echter Dichter ist —, wenn er den Monorail abschaffen, auf zwei Geleisen fahren und keiner Kreisel zur Stabilisierung des gefährdeten Gleich-



gewichts mehr brauchen wird. Der Schluß des Delirstückes weist ja dann auch noch sehr deutlich auf das sexuelle Problem hin (der Ball).

V a. Ich vernehme, daß Onkel G. verreist ist. Ohne daß wir uns sahen, ohne einen Abschied, ich bin darob in Verzweiflung. Ich erhebe mich vom Bett (in Wirklichkeit) und ziehe mich an, bis mein Bruder Adolf kommt. Ich setze ihm mein Projekt, Onkel G. in der Stadt einzuholen, auseinander. Es gelingt ihm, mich wieder ins Bett zurückzubringen.

Später bin ich in einem Hause der Straße B. Viele Ereignisse geschehen. Ein großes Familienfest soll am Abend in diesem Haus stattfinden. Ich will um jeden Preis daran teilnehmen. Diskussion mit Papa, Tante S. und andern. Bin ängstlich. Die Nacht kommt, man läßt mich allein. Bin dann wieder im Bett. Adolf, Tante S. gehen umher und bereiten etwas vor, eine Komödie oder ein Musikfest, von dem ich nichts weiß. Onkel G. muß auch umher sein. Ich bleibe allein.

Deutung. Die Bedeutung der Abreise von Onkel G. ist klar. Der Träumer verliert die Fühlung mit seinem Ideal und sucht sie um jeden Preis wieder herzustellen, wird aber vom Bruder zurück ins Bett geschickt, er muß jetzt den Kontakt mit Onkel G., dem bisherigen Führer, verlieren, der nur die allgemeine Richtung seiner Entwicklungstendenz angibt, aber für das spezielle Problem der Auseinandersetzung mit den Bolschewiki sich nicht eignet; die Lösung gewisser Probleme verlangt oft den Wechsel des Führers, eventuell den Verzicht auf jeden Führer.

Es scheint, wie wenn er ihn an dem sich vorbereitenden Familien- oder Musikfest wiederfinden könnte. Das frühere Problem des Familienfestes wird also wieder angeschlagen; offenbar ist die innere Lösung von der Familienatmosphäre auch nach der Reise im Monorail noch nicht völlig geglückt.

V b. Ich bin aufgestanden, habe mich angezogen und steige die Treppe St. Georg hinauf, um das Familienfest zu sehen. In einer schlimmen Taverne sitzen drei Männer aus dem Volke bei Tisch, Rauch, Halbdunkel. Hinter mir die Tür. Vor mir drei Stufen auf ein Podium. Ich habe etwas Angst vor den drei Männern, die mich schief ansehen wie einen Eindringling. Und auf dem Podium in fast völliger Nacht diskutiert Adolf mit der Polizei mit halber Stimme. — Stellt er sich in ihren Dienst, um Spione zu entdecken? Die drei Männer könnten schon welche sein. Lange Rede von Adolf, der mir Vertrauen einflößt. Die Polizei kommt und geht. Zum Schluß machen sie eine Übereinkunft.

Einfälle. Die drei Männer sind Bolschewiki, unheimlich, habe Angst vor ihnen.

Deutung. Dieses Delirstück eröffnet eine neue Serie, die man als die weitere Auseinandersetzung mit den Bolschewiki bezeichnen kann. Der Sieg der nationalen Partei in IV a ist, wie erwartet, kein endgültiger gewesen, wiederum tauchen die Revolutionäre auf, und der Träumer sieht sich in ihrer nächsten Nähe, in einer schlimmen Volkstaverne.



Adolf übernimmt wiederum die Rolle des Beschützers wie bei der Küchenjungenszene. Er vertritt auch hier die Verdrängungstendenz, die das Primitive nicht annehmen will. Das Podium weist auf das nächste Stück hin.

V c. Immer in diesem verrauchten Saal. Papa sitzt neben mir und schaut lächelnd der Szene zu, die auf dem Podium gespielt wird. Rechts ist ein großes Blumenbukett, Chrysanthemen [1]), das einen fremdartigen Lichtschein wirft. Die Komödie, die man spielen wird, stammt von Großpapa und Tante M. Ich weiß nicht, wer spielt. Während der Aufführung ist die Familie im ersten Stock zu einem großen Festessen versammelt. Für mich ist nur die Komödie wichtig.

Auf der Szene ein Haus und Gebüsch. Das Wetter ist grau, und ein dichter Nebel erfüllt die Szene. Aus diesem Nebel taucht ein weinerlicher Pierrot auf, der seine Pierrette sucht, langer Monolog, dann kommt die Pierrette (gespielt durch die Tante?). Ein schwacher Lichtstrahl beleuchtet die Szene. Dann kommt Regen, und die Verzweiflung der beiden beginnt von neuem. Lange Jeremiaden.

Papa und ich lächeln über dieses unschuldige Stück, das lang ist und ohne Spannung. Papa lächelt skeptisch. Ich denke an einen verborgenen Sinn.

Dann Licht. Man hört den Lärm der Festfreude im ersten Stock, und ich bedaure, nicht hinauf zu können. Schließlich bringt mir meine Schwester das Nachtessen.

Einfälle. Pierrot — Pierrette — sentimentale Liebe, etwas Altmodisches, Kindliches, fast Lächerliches.

Deutung. Auf dem Podium des ominösen Cafés, in der Atmosphäre der Bolschewiki, unter den Auspizien des freundlichen Vaters (positive Vaterimago) und eines Blumenstraußes (Blumen stehen häufig als Symbol von Gefühlen) beginnt nun endlich die Komödie, auf die Paul schon solange mit Spannung wartet. Daß deren Inhalt ein Liebesspiel ist, wundert uns nicht, ist doch das Liebesproblem uns immer wieder begegnet. Oben im ersten Stock hat die Familie ein Festessen, an dem Paul nicht teilnehmen darf; er muß unten, in der Nähe seiner primitiven Elemente, dem Liebesspiel zuhören. Das Bedauern, nicht bei der Familie zu sein, das wir bereits antrafen, findet sich wieder. Das Auftauchen des Pierrots aus dem Nebel erinnert an das analoge Erscheinen der Kreisel und ist ein gutes Bild für das allmähliche Bewußtwerden unbewußter Inhalte. Das Stück, das gespielt wird, stellt nun eine Liebe dar, die dem Träumer selbst als altmodisch, sentimental und kindlich vorkommt. Ich vermute, daß das Unbewußte hier dem Träumer ein Spiegelbild seines eigenen Gefühlslebens vorhält, über dessen Rückständigkeit wir ja genügend orientiert sind. So altmodisch und konventionell wie Pierrot und Pierrette sind

[1]) Diese Blumen standen im Krankenzimmer Pauls.



eben die bewußten Gefühle unseres introvertierten Träumers [1]); es sind auch gar nicht seine persönlichen Gefühle, denn das Stück ist vom Großvater verfaßt und wird von der Tante gespielt, womit gesagt ist, daß dieses Gefühlsleben noch durchaus unindividuell, familiär ist und darum wohl auch vor der positiven Vaterimago Billigung findet. Der individuelle Anteil steckt eben in den Bolschewiki, die wohl in der Nähe sind, aber feindlich, und nicht mitspielen.

V d. Und nun verwandelt sich der niedere Raum in eine Art Spitalzimmer, Krankenschwestern sind da — man macht Pakete. Ich bereite mich auf eine große Exkursion vor. Man hat mir Proviant gegeben, den ich verloren habe; ich suche ihn nun, indem ich zwischen Kisten und Betten herumsteige. Ich vermute, daß jemand von den Kranken, Männern aus dem Volk, die wenig Vertrauen erwecken, ihn gestohlen und versteckt haben. Und ich verzichte schließlich auf meine Nachforschungen.

Dann laufe ich in aller Hast durch einen tiefen Wald. Ich weiß nicht, wohin ich gehe. Ich bin verloren in dem Wald, wo es ganz dunkel ist. Ich weiß, daß er von Briganten unsicher gemacht wird, vor denen ich sehr Angst habe. Ich laufe und laufe und gelange endlich zu einer Art rundem Platz, wo ich in einer Art Verschlag eine Unmenge von Munition entdecke, Kugeln und Granaten. Ich denke mir, das seien die Reserven der Briganten, bis ich eine Aufschrift entdecke, daß dies alles dem Staat gehört. Gut, sage ich mir, das ist beruhigend. Und ich kehre schleunigst zurück, wiederum die Region durchkreuzend, wo die Briganten sind, um schließlich in einer Sackgasse zu enden, in einem Winkel, wo zwei Mauern zusammenkommen mit einer hohen Eisenbarrière.

Einfälle. Staat — das Prinzip, das alles umschließt.

Deutung. Die Auseinandersetzung mit dem Primitiven geht weiter. Vorerst wird Paul sein Reiseproviant von den verdächtigen Männern aus dem Volk gestohlen im Moment, wo er sich wieder einmal für eine große Exkursion bereit macht. Insofern der Proviant ein Libidosymbol ist, würde dies heißen, daß die verdrängten Inhalte beginnen, Libido aus dem Bewußtsein herunterzuholen, zu „stehlen", ein Mechanismus, der der Grund der meisten Fehlhandlungen ist.

Paul zieht offenbar den Briganten nach, und zwar diesmal nicht in Gesellschaft und im Monorail, sondern allein und zu Fuß, und geht die Reise nicht mehr nach Zürich, sondern in einen Wald in der Nähe der Vaterstadt. Die primitiven Inhalte sind bereits nähergerückt, werden damit bedrohlicher. In dem unheimlichen Wald entdeckt er ein Munitionslager, und es ist nun sehr bedeutsam, daß eine Inschrift ihn belehrt, daß

[1]) Nach *Jung*, Psychologie der unbewußten Prozesse, sind die Gefühle des Introvertierten, soweit sie sich nach außen wenden, merkwürdig konventionell, nicht individualisiert; es sind künstlich angenommene Gesten, obschon die Gefühle an sich real sind.



diese Munition, die er für einen Besitz der Briganten hält, de facto dem Staate gehört, dem „höheren Prinzip, das alles umschließt“, was ihn beruhigt. Diese Munition ist Symbol mächtiger, explosionsbereiter, destruktiver Kräfte [1]), die nach Pauls Meinung den Briganten gehören, in Wahrheit aber dem Staate, dem Prinzip, das auch den Träumer mit einschließt. Dieser Sprengstoff gehört also auch irgendwie zu ihm, ist ein Inventarstück seines Unbewußten, wie denn auch die Briganten Glieder sind seines Seelenstaates. Es sind ja Brüder, vor denen er sich fürchtet. Diese Einsicht beruhigt, aber nur für einen Augenblick, denn er kehrt doch schleunigst wieder um.

Ich frage mich hier auch, ob die Reduktion des Bolschewikiproblems auf einen rein persönlichen Konflikt den Sinn des Delirs erschöpft, und ob nicht neben dieser Deutung eine Auffassung berechtigt wäre, die das Kollektivproblem als solches bewertet und annimmt, daß in Pauls Seele das drohende äußere Problem des sozialen Umsturzes, bei welchem die Gesellschaftsklasse, der der Träumer angehört, sich in manchen Privilegien bedroht fühlt, ein Echo findet. Von soziologischer Seite wird man eben hervorheben können, daß viele Züge in Pauls Konflikten einfach der Ausdruck der bürgerlichen Lebensauffassung sind, und daß mit dem Durchbruch einer sozialistischen Weltanschauung und Gesellschaftsordnung sich auch seine persönlichen Probleme ändern würden. Wir haben natürlich gute Gründe, uns vorerst immer an die ganz subjektive Seite der Konflikte zu halten, aber wir vergessen vielleicht doch zu leicht, daß unsere persönlichen Nöte weitgehend durch die Zeitprobleme bestimmt sind, und daß auch diese sich in unseren Träumen spiegeln, als solche gewertet und verstanden werden wollen.

V e. Ich bin nun zwischen den zwei Barrieren gefangen, die in ihrem Winkel einen Garten haben. Rechts liegt ein Park und ein Schloß. Vor mir ist Nacht, hinter mir liegt der Wald mit den Briganten. Links ein Haus. Im Garten viele Bäume. Wie ich in dieser Sackgasse zögere, befinde ich mich plötzlich inmitten einer Bande von Zigeunern, die trotz dunkler Nacht bei Tische sitzen und essen. Man will mich festnehmen, und ich erkläre, daß ich Dichter und Musiker bin. Die Frau fragt mich auf italienisch, die Männer sind weniger wild, die Kinder schauen mich überrascht an. Ich antworte auf italienisch, daß ich ihnen nicht singen könne, da ich Dichter des Nordens sei. Man kommt überein, mich freizulassen, indem man mir immerhin ein Küchenmesser abnimmt, das ich unter der Pelerine hatte. Sie lassen mir aber einen norwegischen Dolch, an dem mir viel liegt.

Ich selbst bin schläfrig. Ich friere und entdecke, daß mein Hemd an der Schulter zerrissen ist, und daß ich fast nichts mehr auf dem Leibe

[1]) Die sexuelle Bedeutung der Geschosse brauche ich nicht besonders hervorzuheben.



trage. Da ergreift mich die Panik, und ich will fliehen, aber ich weiß nicht wohin. In diesem Augenblick öffnet Adolf die Tür des Hauses links von mir. Ein Lichtstrahl fällt in den Garten. Er schließt wieder, ohne daß ich Zeit gehabt hätte, um Hilfe zu rufen. Das Haus gehört meinem Onkel E., meinem Arzt, es sind viele Leute darin. Ich hoffe vergeblich, daß man den Garten besichtigen kommen wird. Kindergeschrei. Alle meine Wünsche gehen zu diesen Leuten, die mich ignorieren.

Ich suche nun die Tür, voller Angst, die schlafenden Zigeuner zu wecken, die mir wieder eine furchtbare Angst einflößen. Das Portal, das ich antreffe, gibt nicht nach, ich verwickle mich in Ästen. Ein Zigeuner erwacht und zeigt mir den Weg[1]). Und ganz zitternd vor Kälte stürze ich mich auf die Tür und flüchte mich in das erste Zimmer, das ich antreffe, in dem ich in hellem Lichte meine beiden kleinen Geschwister N. und M. finde. Ich bitte sie, mich in ihren Betten verstecken zu dürfen. Sie stoßen mich freundlich zurück. (Tatsächlich stürzte sich Paul in das Zimmer seiner kleinen, ebenfalls grippekranken Geschwister, voller Angst vor den Briganten, in zerrissenem Hemde.)

Einfälle. Zigeuner: eine Art Bolschewiki — aber harmlos, literarische Bohème.

Deutung. Dieses hübsche Stück ist die einfache Fortsetzung des vorigen. Paul fällt nun richtig in die Hände der gefürchteten Briganten, die nun aber diesmal als Zigeuner erscheinen, das heißt in einer viel harmloseren, zivilisierteren Form auftreten. Seine abgespaltene Seele hat eine Entwicklung durchgemacht, aus den rein revolutionären, destruktiven Bolschewiki ist eine Zigeunerbande geworden, eine Gesellschaft, die sich zwar auch außerhalb der geltenden Gesetze stellt, aber der Gesellschaft doch nicht feindlich gegenübersteht[2]). Der Vergleich mit der literarischen Bohème, dem Symbol des freien Lebens der Kunst und der Liebe, weist darauf hin, daß in diesen Zigeunern die seelischen Kräfte stecken, die ihn erst eigentlich zum Künstler machen könnten. Seine große Angst entpuppt sich denn auch als unbegründet — ganz parallel seiner Angst vor dem Munitionslager im vorigen Akt —, die Zigeuner schenken ihm rasch die Freiheit, lassen ihm sogar einen Dolch, den er speziell liebt. Wir erfahren so nebenbei, daß er sich mit zwei Mordinstrumenten bewaffnet hat, was ihn psychologisch den Bolschewiki schon etwas näher rückt. Bedeutsam ist auch, daß er sich hier als Dichter ausgibt, was wir vielleicht dahin deuten dürfen, daß er nur als Dichter in einer schöpferischen Einstellung mit diesem wichtigsten abgespaltenen Komplex in Kontakt treten kann,

[1]) Vom Verfasser gesperrt.

[2]) Insofern die Zigeuner Symbol unentwickelter Gefühle sind, stellen sie, sozusagen, den Kollektivausdruck einer sehr individuellen Fühleinstellung dar in Ergänzung des rein konventionellen, familiären Fühlens, der Pierrotkomödie.



dessen Kräfte offenbar noch einer Sublimation benötigen. Trotz der gnädigen Behandlung ergreift ihn aber wieder die alte Angst, und es erscheint nun wieder der Bruder Adolf als Retter in der Not, er öffnet die Tür des Hauses des Onkels, des vertrauenswürdigen Arztes. Aber er findet den Weg allein nicht, allerhand Hindernisse stellen sich ein, und es ist nun außerordentlich hübsch, daß es schließlich einer der gefürchteten Zigeuner ist, der ihm den Weg zur Rettung weist, womit die Entwicklung des abgespaltenen primitiven Komplexes so recht deutlich zutage tritt; im Delirstück III haben ihn die Küchenjungen verprügeln wollen, jetzt weist ihm der Brigant den Weg. Mit der Entwicklung und Annahme der verdrängten Inhalte verlieren eben diese ihre Gefährlichkeit, ja, erwächst aus ihnen dem Menschen neue Kraft und neue Einsicht. Typisch ist nun allerdings, daß Paul schließlich doch voller Angst sich in den Schoß der Familie flüchtet, wo er Schutz sucht vor dem Zigeuner-Bolschewiki-Problem.

Der Umstand, daß seine Geschwister diese — sowie auch andere — Szenen ganz gleich berichten wie Paul, und ihm dieselben Worte in den Mund legen, beweist, daß es sich bei seinem Bericht nicht um eine nachträgliche Konstruktion handelt (welchen Einwand man gegen die Authentizität der Träume gern macht), sondern daß er das Delir wirklich ungefähr so erlebte, wie er es mir aufschrieb.

VI. (Fortsetzung.) Es ist Tag, offenbar der folgende Morgen. In einem Krankenzimmer. Hier fügen sich ganz vergessene Geschichten ein; ich erinnere mich deutlich an die Geschichte von dem Tod eines Mannes, der immer eine Art kleinen Männleins nach sich zog oder mit sich trug, so klein, daß man es in einem Becher hätte bergen können. Dieser eigentümliche Zwerg soll sehr intelligent gewesen sein, aber sehr grotesk und häßlich.

Dann folgt die Geschichte dieser Art intelligenten Menschenfötus sowie von zwei anderen ähnlichen Individuen.

Ich sehe auf einem Tisch die drei kleinen Monstren. Sie haben riesige Schädel am Ende langer Hälse.

Der Leib existiert nicht, keine Arme, keine Beine. Man könnte sie für junge Kanarienvögel halten, riesige Schädel, kahle Köpfe, Hälse.

Beim Tode des Schutzpatrons des kleinen Philosophen fragt man sich, wer sich nun dessen annehmen wird. Er interessiert mich mehr wie die zwei anderen. Die drei sind am Sterben und inspirieren mir einen greulichen Ekel.

Es folgt der Tod von jemandem. Auf der Straße nach dem Lindengut sind lange Reihen von Wagen für die Verwandten. Jules ist dabei. Ich renne auf alle Seiten, gebe Befehle, fürchte jemanden zu vergessen, von einem vagen Glück und einer vagen Angst erfüllt.

Einfälle. Die Monstren: etwas, was hypertrophisch entwickelt ist. Ein Greis, der in die Kindheit zurückfällt. Sie wollen nicht sterben,



wenn sie nur sterben könnten! Große Schädel: gleicht dem Schädel eines Philosophieprofessors X., eines reinen Metaphysikers, eines asexuellen Typus; er lebt ganz in der Richtung des reinen Denkens, der Abstraktion, vertritt einen schrankenlosen Idealismus, ein Mensch ohne Instinkt.

Ich habe selbst dieses Denken heiß geliebt, mich an all den philosophischen Systemen ergötzt und in der reinen Abstraktion förmlich geschwelgt. Ich sehe aber ein, daß nicht viel dabei herauskommt. Aber schön ist es doch, wenn man so sieht, wie aus einigen wenigen Grundbegriffen, die man setzt, sich ein ganzes System mit Notwendigkeit ableitet. Spinoza hat mir besonders gefallen. Ich wende mich jetzt mehr der Psychologie zu, da ich einsehe, daß ja doch alle philosophischen Systeme nur Ausdrucksmittel der seelischen Einstellungen der betreffenden Denker sind.

Begräbnis: erinnert mich an eine Novelle, die ich vor Jahren schrieb (noch im Gymnasium); Geschichte eines jungen Mannes, der allen Leichenzügen, die er auf der Straße antrifft, nachläuft, den halben Tag in Kirchen und auf Friedhöfen verbringt und darob sein Studium und sein Leben verbummelt. Das Motiv hat mich sehr interessiert. Ich habe das Handeln des Menschen dadurch zu erklären versucht, daß ich erzähle, wie er infolge äußerer Schwierigkeiten zu spät zum Begräbnis seiner sehr geliebten Mutter kam, die in einem Bergdorf in den Ferien plötzlich gestorben war. Nach der Heimkehr in die Stadt begegnet er gerade einem Leichenzug, und etwas zwingt ihn mitzugehen. Er denkt dabei immer an die Mutter, und er kommt nicht los von diesen Gedanken und geleitet sie immer wieder zu Grabe. Er geht darob zugrunde. Am Schluß der Novelle führte ich einen ganz inzestuösen Traum an — Liebe zur Schwester — der literarisch wenig paßte; es war ein eigener Traum. Auch dieser Mann lebt ganz in einer starren Ideenwelt, die Wirklichkeit ist ihm ein Gerippe abstrakter Gedanken, und er sieht in den geraden Straßen und den Tramschienen die symbolischen Elemente seiner abstrakten Ideen.

Deutung. Dieses letzte und, wie ich vorausnehme, bedeutsamste aller Delirstücke beschäftigt sich nun offensichtlich nicht wie die bisherigen Träume mit dem Fühlproblem Pauls, sondern mit seinem Denken. Ich habe gesagt, daß das Denken seine entwickelte Funktion sei, mit der er sich vorwiegend im Leben anpasse. Sie erscheint hier unter dem Bilde des kleinen Männleins, des Anhängels des mittelalterlichen Edelmannes, das sehr intelligent gewesen sei, und das wie seine zwei Kollegen durch riesige Schädel charakterisiert ist, die an den Philosophieprofessor erinnern. Aber diese Monstren sind verfault, überreif und sollten sterben. Sein Denken wird also als überreif dargestellt, als eine Frucht, die an ihrer Einseitigkeit zugrunde geht und verfault. Durch die Einfälle wird nun völlig klar, daß es sich tatsächlich darum handelt, daß Pauls bisheriges rein abstraktes „metaphysisches“ Denken ihn nicht weiterführt. Er hat lang genug in dieser Welt der reinen Ideen und Begriffe mit Wonne ge-



schwelgt und sich als geborener Logiker gefreut, wenn er aus wenigen angenommenen Begriffen eine ganze Gedankenwelt entstehen lassen konnte, hat ausgerechnet für Spinoza, den abstraktesten aller Philosophen, geschwärmt, um nun endlich einzusehen, daß mit all dieser Begriffskunst dem wirklichen Leben nicht beizukommen ist.

Er ist damit, um mit *Jung* zu reden, zu sehr in eine leblose, eiskalte Welt kristallklarer Ideen [1]) geraten, worin eben das Endziel liegt, zu dem der Denktypus bei Vollendung der Ausbildung seiner Denkfunktion, seiner logischen Fähigkeiten immer gelangt Aber dieses Denken versagt unweigerlich vor der lebendigen Wirklichkeit, weil der Lebensprozeß, wie *Bergson* [2]) gezeigt hat, wie jede Bewegung, jedes Werden, ein irrationaler Prozeß ist, der sich den statischen Begriffen der Logik nicht ohne Gewalt und ohne Entstellung unterwirft: das rein logische Denken Pauls muß einem Denken Platz machen, das die gefühlsmäßige und irrationale Seite des Lebensprozesses mitberücksichtigt, ein Denken, das über die statisch-logischen Begriffe hinaus zu Symbolen und Bildern schreitet, welche Elemente die Totalität des Lebens viel adäquater fassen. Es ist darum vorzüglich, wenn das Unbewußte des Träumers dem reinen Denken vorwirft, es sei asexuell, es kenne den Instinkt nicht. Es steht außerhalb des Gefühlsmäßigen, faßt es nicht in seine Maschen, aber bloß darum, weil es nämlich trotz aller anscheinenden Notwendigkeit seiner Logik in seinen Prämissen durch das Unbewußte des Philosophen, das auch Gefühl enthält, bestimmt ist, in unbewußter Weise, was Paul zu merken beginnt

---

[1]) *Jung*, Psychologie der unbewußten Prozesse, S. 144.

[2]) Und lang vor ihm Goethe in der Sprache des Dichters, im Faust I:

Zwar ist's mit der Gedankenfabrik
Wie mit einem Webermeisterstück,
Wo ein Tritt tausend Fäden regt,
Die Schifflein herüber hinüber schießen,
Die Fäden ungesehen fließen,
Ein Schlag tausend Verbindungen schlägt!
Der Philosoph, der tritt herein
Und beweist euch, es müßt so sein:
Das erste wär so und das zweite so
Und drum das dritt und vierte so;
Und wenn das erste und zweit nicht wär,
Das dritt und vierte wär nimmermehr.
Das preisen die Schüler aller Orten,
Sind aber keine Weber geworden.
Wer will was Lebendiges erkennen und beschreiben,
Sucht erst den Geist herauszutreiben;
Dann hat er die Teile in der Hand,
Fehlt leider nur das geistige Band.

indem er nach den subjektiven Hintergründen all der sich widersprechenden philosophischen Systeme fragt.

Dieses starre, abstrakte, zu stark von unbewußten Faktoren determinierte Denken, symbolisiert durch die häßlichen Monstren mit den Kanarienvögelköpfen, sollte endlich sterben; es ist eine für Paul überlebte Denkform.

An das Bild der drei sterbenden Monstren schließt sich folgerichtig die Szene vom Begräbnis eines Verwandten an, an dem sich Paul in einem Mischgefühl von vagem Glück und vager Angst organisatorisch beteiligt. Sehr bedeutsam ist nun sein Einfall auf die bereits im Gymnasium verfaßte Novelle, der die ganze Psychologie Pauls noch einmal ins Relief erhebt. Wenn ein Gymnasiast eine Novelle schreibt, so handelt es sich darin natürlich um das eigene Problem, was hier überflüssigerweise noch unterstrichen wird dadurch, daß er die Novelle mit einem eigenen inzestuösen Traum schließen läßt, obschon dieser künstlerisch gar nicht paßt. Er paßt eben psychologisch um so besser. Auf Grund einer eigenen starken inzestuösen Tendenz kann er sich mit dem Helden der Novelle identifizieren, deren Quintessenz nun wiederum das uns wohlbekannte Thema des Inzestes darstellt. Der Held, der zu spät zum Begräbnis der Mutter kam, ist gezwungen, jedem Begräbnis nachzulaufen, dabei immer an die Mutter denkend; er stellt also das Begräbnis der Mutter immer wieder dar, offenbar, weil es ihm nie gelingt, die Mutter wirklich zu begraben, d. h. seine Gefühle aus der Mutterbindung zu befreien. Er stirbt an seiner Symbolhandlung. Diese Novelle bestätigt also meine frühere Vermutung auf die ursprüngliche Existenz einer starken Mutterbindung [1]).

---

[1]) Die inzestuöse Bindung Pauls ist m. E. als eine primäre Fixierung des Gefühls an Mutter und Schwester zu verstehen, entsprechend der *Freud*schen Auffassung: es geht keineswegs an, sie nach der *Jung*schen Theorie als bloßes Regressivphänomen zu bewerten, als ein seelischer Inhalt, der bloß durch die vor der Lebensaufgabe regredierende Libido Kraft und Bedeutung erhält. Denn Paul ist ja kein Neurotiker, er regrediert keineswegs vor seiner Lebensaufgabe und weist sogar eine Realanpassung auf, die das Normale erheblich überschreitet. *Jung* könnte hier einwenden, daß Paul zwar im Beruf und Studium angepaßt sei, daß er aber eben vor der Liebe zurückweiche und aus Angst an den inzestuösen Objekten festhalte. Ich habe nun selbst den Regressivanteil der Schwesterliebe, der aus dem Abschneiden der Übertragung auf Paula entsprang, hervorgehoben, aber ich habe auch gezeigt, wie die Wahl dieser Geliebten selbst durch die inzestuöse Bindung bedingt ist, und es bleibt für mich darum dabei, daß Paul noch nicht zum normalen Objekt gelangen konnte, weil seine Gefühle noch zu stark an die Mutter und Schwester gebunden sind. *Jung*s Theorie wird m. E. der Gefühlsentwicklung nicht gerecht, die rückständig sein kann auch bei guter Realanpassung.



Sie erhärtet auch den Zusammenhang zwischen Mutter- und Schwesterliebe, indem der Held an die Mutter denkt und von der Schwester träumt. Diese Novelle charakterisiert also trefflich das Gefühlsleben Pauls und seine tödliche Gefahr, das Hängenbleiben im Inzest. Das Zusammentreffen all dieser Materialien, dieser Gymnasiastennovelle, der heutigen Schwesterliebe, des Delirabschnittes II, des Inzestgedichtes, der Inzestträume (Anmerkung S. 531 u. 533), des Inzestversprechens (sit venia verbo) beim selben Patienten dürfte doch wohl auch den Skeptiker von der Richtigkeit unserer analytischen Deutungsmethode überzeugen.

Der wichtigste Punkt ist nun aber der, daß dieser manifest inzestuös gebundene Held ebenfalls ganz in einer starren, toten Gedankenwelt lebt, deren Gerippe sich ihm in den Tramschienen und Straßenläufen symbolisiert. Dieses Leben in der Abstraktion, im reinen Denken ist also ein deutliches Korrelat zum Inzest innerhalb des Gefühlslebens, oder anders gesagt, es entspricht dem inzestuösen Tiefstand der Gefühle dies reine Denken in starren, toten Begriffen, diese platonische Denkart, die die Ideen über die Wirklichkeit setzt, in welcher sie nur eine schlechte Annäherung, einen Abfall von der reinen Idee sieht. Bedeutet einerseits

Zum besseren Verständnis von Pauls inzestuösen Bindungen sei noch erwähnt, daß seine Schwester ein ungewöhnlich hübsches und begabtes Mädchen ist, das wohl manchem Bruder zum Problem werden müßte. Auch seine Mutter ist eine geistig bedeutende Frau. Der menschliche Wert der inzestuösen Objekte ist unter vielen anderen ein Faktor, der Berücksichtigung erheischt, indem es einleuchtet, daß der Sohn, der ein Dutzendweib zu Mutter oder Schwester hat, es viel leichter haben wird, seine Gefühle zu lösen und ein Weib zu finden, bei dem das Gefälle größer ist wie das nach den ersten Liebesobjekten, mit denen die Geliebte den Vergleich immer auszuhalten hat. Aus dieser Quelle erklärt sich zum Teil wohl auch die besondere Disposition zur Neurose bei Kindern bedeutender Eltern. Ich kenne zwei Töchter eines der ersten Schriftsteller Frankreichs, die alle beide ihre Liebe vom Vater nicht lösen konnten. Die eine heiratete einen Vetter des Vaters, die andere blieb in einer infantilen Protesteinstellung zum Vater stecken und fiel in die Neurose.

Jung zitiert in seinem Hauptwerk „Wandlungen und Symbole der Libido“, S. 396, die Inzestehen der Pharaonen und versucht zu beweisen, daß sie mehr theoretisch-mythologischen Vorstellungen als biologischer Neigung entsprangen. Meines Erachtens könnte aber auch hier die Bedeutung der menschlichen und sozialen Abtrennung der inzestuösen Objekte von den übrigen Liebesobjekten als Erklärungsprinzip herbeigezogen werden.

Die Demokratisierung, die unsere Zeit auf allen Lebensgebieten anstrebt, wäre darum auch ein Schutz gegen den Inzest und damit gegen die Neurose.



der Inzest den Stillstand, den Tod der Gefühlsentwicklung, so führt andererseits das reine Denken ebenfalls in eine starre, tote, unfruchtbare Welt [1]); dieses Denken mit all seinem Glanz wäre also nichts anderes als die große intellektuelle Bearbeitung des Inzestes, was wohl damit in Zusammenhang zu setzen ist, daß man der Beschäftigung mit der Philosophie so gern und wohl nicht ganz ohne Recht den Vorwurf der Unfruchtbarkeit macht [2]).

Jung nennt das höhere Denken, das die rein formale Logik, die man auch als grammatikalisches Denken bezeichnen kann, überwunden hat und das Gefühl mitberücksichtigt, Fühldenken. *Hans Ganz* spricht von organischem Denken im Gegensatz zum rein Logischen. Dies andere Denken ist wohl auch mit der Intuition verwandt, die ja auch Gefühl ist und Gedanke. Das rationale Denken hat das letzte Jahrhundert beherrscht.

All dies wendet sich aber nicht eigentlich gegen die Philosophie überhaupt, sondern gegen die Metaphysik im alten Stil, gegen eine Phase des philosophischen Denkens, die durch das Überwiegen der schrankenlosen Spekulation gekennzeichnet war, und die Paul zu überwinden hat. Denn ohne Philosophie kann ja niemand leben, ohne irgendeine Weltanschauung, die nicht das bloße Resultat der Beobachtung der Tatsachen sein kann. Wenn gewisse Psychiater dies meinen, sich stolz „Wissenschaftler" nennen und alle Philosophie ablehnen, so täuschen sie damit nur sich selber; sie sind eben unbewußte Philosophen, indem sie wähnen,

[1]) Jede Funktion, die sich zu einseitig differenziert und sich eine Alleinherrschaft anmaßt, wird zu einer Gefahr für das Seelenleben, bedeutet Verirrung, Erstarrung und Tod, das gilt auch vom Fühlen, das, einseitig entwickelt und ungebändigt durch eine starke Ratio, den Liebenden in seiner Leidenschaft sich verzehren läßt. Beispiele Romeo und Werther.

[2]) Schopenhauer soll seinen ihn zur Ehe drängenden Freunden geantwortet haben, daß das Eheleben sich mit der Philosophie nicht vertrage, denn alle bedeutenden Philosophen wären Junggesellen gewesen (Schopenhauers Werke von *M. Brasch*, S. XIX). Die Hingabe an die Metaphysik hätte also zur Voraussetzung das Junggesellentum. Ein gesundes Liebesleben scheint demnach mit Philosophie unvereinbar zu sein, und es käme meinen obigen Ausführungen wirklich eine allgemeine Bedeutung zu.

Wie sehr Schopenhauer selbst im Inzest stecken blieb, wie sehr sein Junggesellentum die Folge der früh gestörten Beziehung zu seiner gescheidten, aber gefühlsarmen Mutter war, hat *Hitschmann* in einer vorzüglichen Arbeit (Imago, II. Jahrg., Heft 2) gezeigt. Auch die Grundzüge seiner Philosophie, sein Pessimismus, seine Verherrlichung des Mitleides, seine Verneinung des Willens zum Leben, wachsen mit innerer Folgerichtigkeit aus der Verkrüppelung seines Eros hervor.



daß ihre recht altmodische, mechanistisch-materialistische Weltanschauung, die sie zudem noch von den Philosophen haben, die einzig mögliche sei. Auch die Psychoanalyse basiert auf einer Weltanschauung, ist nicht reine Empirie. Es wäre eine lohnende Aufgabe für einen philosophischen Kopf, die analytische Weltanschauung einmal klar herauszuarbeiten, sie differiert wohl beträchtlich bei den verschiedenen Vertretern; im ganzen läßt sie sich einerseits als das fassen, was man moderne Weltanschauung nennt, und andererseits durch die Namen Bergson und Müller-Lyer charakterisieren.

Daß die reine Logik schließlich immer zu einer Selbstaufhebung ihrer selbst führt, sollten wir seit Kant wissen, dessen Denken bekanntlich bei den großen Antinomien landet: Kant zeigt ja z. B., daß die Annahme der unbedingten Gültigkeit des Kausalitätsgesetzes für unser Denken ebenso notwendig ist, wie die Idee des Durchbruchs der Kausalität, die Freiheit. Das Fühldenken fragt nicht, was für unser grammatikalisches Denken notwendig ist, sondern was ist, und kann darum nicht bei solchen Antinomien stehen bleiben, die Logik ist ihm ein Mittel, ein Weg zur Erkenntnis, nicht der Weg und nicht die oberste Instanz [1]).

Wiederum, wie beim Bolschewiki-Problem, sehen wir, wie die persönlichen Probleme Pauls in allgemeine Zeitprobleme hinüberfließen, diese widerspiegelnd. Dies ist bei irgend bedeutenderen Menschen immer der Fall, ist doch die Einzelpersönlichkeit nur ein Ausschnitt ihrer Zeit und ein Produkt der großen Menschheitsprobleme, die sie für sich und für die Zeit zu lösen hat.

Die noch folgenden Szenen des Delirs bringen keine neuen Motive und sind auch nach Struktur und Inhalt blaß und wenig interessant. Ich lasse sie darum weg.

[1]) Um was es sich hier eigentlich dreht, ist mir erst kürzlich durch das grundlegende Werk des Genfer Philosophen *F. Grandjean* „La raison et la vue", ganz klar geworden, das eine vernichtende Kritik der Ratio, des logisch abstrakten Begriffdenkens, enthält. Der Autor zeigt, wie die Ratio an den wirklichen Objekten das ihnen Gemeinsame in einem abstrakten Begriffe faßt, wobei ihr das Besondere, Persönliche notwendigerweise entgeht; sie lebt darum im Generellen, Typischen und verfällt auch gern in den Irrtum, ihre Begriffe, die sie doch bloß von der Wirklichkeit abstrahiert hat, für realer zu halten als die Wirklichkeit selbst. *G.* stellt sich ganz auf den Boden der Empirie und verwirft jede Apriorität des menschlichen Geistes. Die Kantischen Kategorien sind das Produkt der seit Jahrtausenden tätigen Erfahrung und Abstraktion. Den statisch-mechanischen Kategorien der Ratio (das Ähnliche, die Quantität, das Sein, die Notwendigkeit) stellt er die dynamischeren Begriffe der Intuition gegenüber (das Verschiedene, die Qualität, die Veränderung, die Bewegung, das Werden usw.), von denen er glaubt, daß sie auf die Wirklich-



Vom psychologischen Standpunkt aus könnte man sagen, daß es den Anschein habe, daß mit der Vision der drei Monstren das Unbewußte sich erschöpft habe, daß alle wesentlichen Probleme zur Sprache gekommen sind und somit das intime Theater [1]) für einmal den Vorhang wieder fallen lassen kann.

Ich will nun die einzelnen Szenen kurz rekapitulieren und dann eine Synthese der gewonnenen psychologischen Erkenntnisse versuchen, die uns die Struktur von Pauls Seele verbildlichen soll.

Résumé der Inhalte der einzelnen Delirstücke. — Das Delir setzt ein mit dem Hinweis auf das Liebesproblem, dem Paul noch wie ein Kind gegenübersteht, und in dem er die Geburt eines Heilands, eines neuen Prinzips zu erwarten hat.

Im zweiten Stück wird das sexuelle Problem weiter verarbeitet; wir hören von sexuellen Interessen für Ladentöchter, von widererwachenden Interessen für das in der Jugend verbotene, übelbeleumdete Quartier, und zum erstenmal taucht das Problem der Revolution auf. Primitive Kräfte in seiner Seele empören sich, die der Träumer aber nicht gelten lassen will, er will den Proletarier töten, wie er auch in seiner politischen Gesinnung sehr antirevolutionär denkt.

Im I c setzt das Motiv der Reise ein. In einem eisernen Wagen, dessen stählerne Härte die bittere Notwendigkeit des Individuationsprozesses symbolisiert, fährt er nach einem unbekannten Ziel; Führer ist Onkel G., der Künstler ist, welches Ziel auch Paul vorschwebt, und der auch das Liebesproblem glücklich gelöst hat; er ist das Symbol der Funktion des Ideals [2]).

keit besser zugeschnitten seien. Der konsequente Determinismus, besonders im Seelischen, ist ihm nur ein Begriff, ein Postulat der nun einmal ins rein Mechanische verliebten Ratio, während die wirkliche Erfahrung höchstens die Häufigkeit oder Wahrscheinlichkeit gewisser seelischer Abläufe zeigt. Die Wissenschaft muß sich vom Rationalismus freimachen, sie muß die große irrationale Wirklichkeit so sehen, wie sie ist. Zu ihrer Aufgabe bedarf sie des Zusammenarbeitens aller Erkenntnisorgane: der gewissenhaften Beobachtung, der Intuition und der Ratio, die die größten Dienste leistet, wenn sie dient, d. h. ordnet, und nur Unheil stiftet, wenn sie herrscht und sich in aprioristischen Dekreten ergeht. — Die Depossedierung der Ratio vollzieht sich im Unbewußten Pauls, und diese Umwertung findet im Bilde der sterbenden, geschlechtlosen, hypertrophischen Monstren einen vortrefflichen symbolischen Ausdruck.

[1]) Ein Ausdruck von *Maeder* für das Spiel der Träume.

[2]) *Maeder*, Heilung und Entwicklung im Seelenleben (Rascher).



Mitten in das Sexualproblem führt das folgende Delirstück; der jüngere Bruder wird eines Mordes an einer Dirne beschuldigt und von Paul lebhaft verteidigt. Hinter dem Dirnenproblem, das den Träumer sehr beschäftigt, steckt aber, als ursächliches Korrelat, das Inzestproblem. Paul ist im wörtlichsten Sinne in seine jüngere Schwester verliebt, eine Liebe, gegen die er vergeblich ankämpft, und die ihn oft zu Selbstmordgedanken treibt. Die Einfälle auf den Demeterkultus und der Plan, die Beziehung zu einem früheren Dienstmädchen wieder aufzunehmen, weisen auf eine ursprüngliche starke Mutterbindung hin, von der der Schwesterinzest ein Derivat ist. Zuguterletzt ist noch in der Liebe zum jüngeren Bruder eine Überbetonung der homosexuellen Linie angedeutet. Sein ganzes Fühlen steckt also weitgehend noch im Inzest. II b orientiert über die nicht überraschenden Impotenzbefürchtungen Pauls und seinen Autoerotismus. Er enthält auch die frühere Liebe für Paula, das kränkliche Mädchen, welches Gefühl er gewaltsam abschnitt, weil eine Ehe nicht möglich schien, das er aber dennoch heute noch etwas liebt. Ich zeige, wie diese Übertragung auf ein kränkliches Objekt selbst eine Funktion der inzestuösen Gebundenheit ist, ein Kompromiß zwischen dem Suchen nach einem realen Objekte und der inzestuösen Fixierung, und erläutere, daß er unrecht tat, diese Gefühle abzuschneiden, seiner christlichen Sexualmoral folgend, weil er damit nur wieder in den Schwesterinzest zurückfiel, der also zum Teil auch als Regressivphänomen zu bewerten ist.

Das dritte Stück behandelt die Beziehung zum Vater, der unter zwei Aspekten erscheint, einerseits als der gute Vater und anzunehmende Führer — positive Vaterimago — und andererseits als ein beschränkter Pfaffe, der seine Anschauungen ironisiert und ihn schließlich der Brutalität roher Küchenjungen ausliefert.

Diese negative Vaterimago ist Ausdruck des väterlichen Einflusses, insoweit er die Freiheit des Sohnes unterdrückt und ihn mit Hilfe einer engen Sexualmoral in der inzestuösen Bindung halten will. Er muß überwunden werden. In den Küchenjungen erscheint ein Symbol primitiver Affekte Pauls, es liegen in ihm mächtige sexuelle, sadistische, aggressive Kräfte unter einer Verdrängungsschranke, die

Siehe die ähnliche Rolle des Schweinehirten im ersten Traum des Pseudopropheten.



nun durchbrechen wollen, und in denen das Korrelat der mangelhaft entwickelten Fühlfunktion, des Inzestes, steckt.

Die Abschnitte IV und V bringen nun im wesentlichen die Auseinandersetzung mit diesen abgespaltenen primitiven Elementen, die eine Entwicklung durchmachen, von den Küchenjungen über die Bolschewiki zu Zigeunern werden. In IV a verläßt er widerstrebend die Famlienatmosphäre, das Prinzip der Zersplitterung und der Oberfläche, besteigt den Monorail, fährt damit nach Zürich, um sich über den Sieg der nationalen Kinder über die Bolschewiki zu freuen. Dieser Sieg stellt psychologisch den Versuch dar, die sich empörenden primitiven Kräfte durch eine neue Verdrängung niederzuschlagen, ein Versuch, der mißlingen muß. Es zeigt sich, daß Pauls konservative Einstellung in der inneren Politik sowie sein prononcierter Haß gegen das Deutschland des Krieges weitgehend durch seine Ablehnung der eigenen primitiven Elemente bestimmt ist, die sich ihm in den Bolschewiki und den Deutschen symbolisieren.

In IV a freut sich der Träumer über den Anblick der durchsichtigen Kreisel des Monorails, die seine dichterischen Produkte symbolisieren, welche gleich den Kreiseln der Bahn dazu berufen sind, das gefährdete Gleichgewicht der seelischen Lage Pauls zu stützen. Der Monorail kann als Symbol der einseitigen intellektuellen Entwicklung Pauls aufgefaßt werden. Seine Dichtkunst kann nur an Tiefe gewinnen, wenn er das Bolschewiki-Problem anfaßt und nicht vor ihm in einen ästhetischen Kultus entflieht.

In V. geht Onkel G., das Symbol der prospektiven Funktion, verloren, Paul muß das Bolschewiki-Problem nach ureigenster Art lösen, der Onkel ist nicht mehr Vorbild, weil er noch zu sehr die Familie vertritt.

In V b erscheinen die in IV a vergeblich niedergeschlagenen Bolschewiki in Form dreier unheimlicher, Angst einflößender Männer in einer Volkstaverne, in die Paul gerät. Der junge Bruder Adolf muß wieder zu Hilfe kommen.

In dem sentimentalen Liebesspiel der vom Großvater verfaßten und von der Tante gespielten Pierrotkomödie erhält hierauf das konventionell-familiäre Fühlen Pauls seinen adäquaten Ausdruck. So unindividuell wie diese altmodische Geschichte sind die bewußten, den Menschen gegebenen Gefühle des Träumers. Die Bolschewiki,



die potentiellen Träger individueller Gefühle, stehen aber in der Nähe und werden diesem sentimentalen Geliebel bald ein Ende bereiten.

Sie stehlen ihm in V e den Reiseproviant, ihm, der sich wiederum auf eine Reise vorbereitet, diesmal auf eine Fußreise in einen nahen Wald der Stadt, wo er auf mächtige Munitionslager stößt, Symbol der explosionsbereiten Kräfte der eigenen Seele. Es beruhigt ihn dann auch sehr, wie er liest, daß diese Munition nicht den Bolschewiki, sondern dem Staat gehört, Inventarstück ist des eigenen Seelenstaates.

Bald fällt er nun in die Hände der Briganten, die aber als Zigeuner auftreten, d. h. in einer bereits durchaus annehmbaren Form. Der verdrängte Komplex ist nicht mehr staatsfeindlich und destruktiv, sondern es wollen sich die in ihm liegenden Kräfte nur in einer sehr individuellen, freien Form äußern. Hier steckt die Möglichkeit individueller Gefühle als Ergänzung zum kollektiven Fühlen der Pierrotkomödie, hier auch die Triebkräfte für das ersehnte Künstlerleben, was auch darin zum Ausdruck kommt, daß sich Paul den Zigeunern als Dichter und Musiker vorstellt, sich ihnen als Künstler nahen muß. Aber noch dominiert die Angst, trotz der gnädigen Behandlung, die er erleidet, und er sinnt auf eine Fluchtmöglichkeit, die ihm denn auch alsbald durch den Bruder Adolf eröffnet wird, der seiner Rolle treu bleibt. Doch findet er allein den Weg nicht, und es muß einer der Feinde erwachen, um ihm diesen zu weisen. Aus den verdrängten Kräften erwächst ihm so Hilfe und Wissen, die Entwicklung dieser Elemente innerhalb des Delirs ist ganz manifest und beweist eine außerordentlich starke Entwicklungskraft der Seele dieses Menschen, die für seine Zukunft viel verspricht. Das Bolschewiki-Problem ist damit nun fast gelöst, und wir sehen nun auch, wie das nächste und letzte Delirstück von ganz anderen Problemen spricht. In den drei faulenden Zwergenmonstren mit den riesigen Schädeln und verkrüppelten Leibern, die sterben sollten und nicht sterben können, erscheint ein furchtbares Bild seines abstrakten „metaphysischen" Denkens, in dem er jahrelang geschwelgt, und das nun als überreif und unfruchtbar vom Schauplatz abzutreten hat und einem Denken Platz machen muß, das auch das Gefühl, den Instinkt mitberücksichtigt. Das rein logische Denken sollte dem Fühldenken weichen. Der unbezahlbare Einfall auf seine Gymnasiastennovelle beweist im weitern, daß dieses starre Denken in Begriffen und Systemen Korrelat ist des Inzestes

innerhalb des Gefühlslebens, sozusagen eine glänzende Rationalisierung des Stillstandes und Todes der Gefühlsentwicklung. Damit sind wir nun auch über den momentanen Stand der Entwicklung seiner Denkfunktion, seiner entwickelten Funktion orientiert, und der unbekannte Regisseur im Unbewußten Pauls kann das Spiel der Traumbühne schließen, da alles Wesentliche gesagt ist. Das Delir gibt uns also einen Querschnitt durch die gesamte seelische Lage Pauls und eröffnet uns auch wichtige Einblicke in die treibenden Faktoren seiner Entwicklung. In groben Zügen lautet unsere Erkenntnis etwa so:

Nicht genügend geklärte familiäre Einflüsse — Unterdrückung der Gefühle des Sohnes durch den Vater, dessen Verdrängungstendenzen im Abschnitt III sich manifestieren, haben frühzeitig zu einer Hemmung in der Gefühlsentwicklung Pauls geführt, so daß der Hauptstrom der Libido sich dem wohl von Geburt an gut veranlagten Intellekt zuwandte und zur Erwerbung eines reichen Wissens, zur Ausbildung einer sehr scharfen logischen Fähigkeit, zu einer differenzierten, persönlichen Weltanschauung führte. Seine völlig entwickelte logische Denkfunktion ist nun überreif, tritt darum im Delir unter dem Bild der faulenden Monstren auf und hat einem Denken Platz zu machen, das auch das Gefühl berücksichtigt. Die primären Verdrängungseinflüsse — es wären hier wohl noch infantile Traumata auszugraben — haben zu einer Abspaltung eines ganzen Komplexes von Affekten sexueller, sadistischer, aggressiver Natur geführt, die darum primitiv blieben und im Delir unter den Bildern der rohen Jungen, der Bolschewiki, der Briganten und Zigeuner erscheinen, sich allmählich entwickelnd und ihre Feindseligkeit verlierend. Neben diesem fast autonomen Komplex[1]) besteht im Unbewußten eine starke Gefühlsbindung an die Mutter. Als Korrelat dieser Gefühlsfixationen finden wir im Bewußtsein ein infantiles Gefühlsleben, das einerseits durch die starke bewußte Schwesterliebe charakterisiert ist und andrerseits zum Dirnenproblem führt. Auch die Sehnsucht nach einem Muttterersatz, das frühere Dienstmädchen, fehlt nicht, so wenig wie die Onanie und eine Betonung der homosexuellen Linie. Auch die prospektiv beste

[1]) Dieser Komplex enthält in erster Linie den Sexualtrieb sensu strictiore (Niederdorf); sein Inhalt scheint mir aber damit nicht erschöpft. Ich hoffe, daß die Kritiker meiner Arbeit mir hier noch zur letzten Klärung verhelfen werden, die ich selbst zu vollziehen nicht imstande bin.



Übertragung, die Liebe zu Paula, ist Funktion des Inzestes und ist zudem aus moralischen Gründen zu rasch abgeschnitten worden, sie ist aber nicht ganz erloschen. Ein weiteres Stück undifferenzierten familiären Fühlens, das ihm zur Verfügung steht, wird durch die Pierrotkomödie als sehr altmodisch, konventionell charakterisiert.

Zwischen Fühlen und Denken steht seine dichterische Produktivität, die als eine Art Sicherung gegen die innere gespannte Lage erscheint, Beziehungen hat zum Inzest und offenbar Beziehungen mit dem Zigeunerkomplex suchen sollte, indem die dort latenten Kräfte wohl erst sublimiert werden müssen, bevor sie einem Menschen gegeben werden können. Möglicherweise ist aber all sein Dichten nur als Flucht ins Ästhetentum zu bewerten und unecht.

Es wird dem Leser aufgefallen sein, daß ich im Verlauf der Arbeit das Grippedelir immer ungescheuter wie einen Traum gedeutet habe, und mein anfängliches Bestreben, den toxischen Momenten nachzuspüren, immer mehr aufgeben mußte. Tatsächlich ist es mir auch nicht möglich, zwischen diesem Delir und einem psychotischen Delir oder einer Traumserie irgendeinen wesentlichen Unterschied zu sehen; außer den Hemmungsgefühlen in den ersten Abschnitten weist nichts auf die Intoxikation hin, und es wäre natürlich barer Unsinn, die ganze reiche Fülle der sich enthüllenden Probleme auf eine Wirkung des Grippegiftes zurückzuführen.

Die Verhältnisse liegen wohl so, daß die körperliche Krankheit eine Hemmung des logisch gerichteten Denkens bedingte und so nun der Zustand gegeben war, der wie der Schlaf das freie Spiel der unbewußten Momente ermöglichte. Die Vergiftung löst das Delir aus, bestimmt aber keineswegs seinen Inhalt, der alle die persönlichen Konflikte des Kranken widerspiegelt und sich als höchst sinnreiches, in allen Teilen zusammenhängendes Kunstwerk erweist, wie es der bewußte Wille nie erschaffen könnte. Der biologische Sinn und Zweck des Delirs ist identisch mit dem der Träume, die wir gelernt haben zu schätzen als Spiegelbilder unserer tatsächlichen psychologischen Lage und als Fundgrube der Entwicklungslinien, die wir einzuschlagen haben.

Die weitere Entwicklung Pauls hat meine Deutungen sehr bestätigt. Er hat kürzlich sein Examen mit Glanz bestanden und eine



sehr interessante Dissertation verfaßt, in der er der Metaphysik nun kräftig zu Leibe rückt und zeigt, wie gewisse Philosophien und Religionen der bloße Ausdruck verschiedener Stufen der Verinnerlichung der seelischen Energien sind, bedeutsame Parallelen zieht zwischen den Gedanken der Philosophen und der Geisteskranken, wobei er sich in durchaus selbständiger Weise den Gedanken *Jung*s oft verblüffend nähert. Er verabschiedet also die reine Metaphysik und sucht sein wissenschaftliches Denken auf eine nicht rein logisch-abstrakte Grundlage zu stellen: die faulenden Monstren sind nun offenbar wirklich gestorben. Er verläßt nun auch das Elternhaus, um weitere psychologische und künstlerische Studien in Zürich zu betreiben (vide Delirstück IV).

Auch innerhalb des Gefühlslebens hat er einen großen Schritt nach vorne gemacht und sich durch eine starke Übertragung auf ein Mädchen, die Tochter eines nicht verwandten Juristen, aus der inzestuösen Umklammerung befreit. Sehr interessant und nicht sehr überraschend war es mir, als er mir schrieb, daß die neue Geliebte wiederum ein krankes Mädchen ist, bei dem eine Heirat vollständig ausgeschlossen sei. Sie hätten es auch so untereinander ausgemacht. Ich erklärte ihm, daß er offenbar einfach die frühere Linie Paula wieder aufgenommen habe, und daß hinter dieser Wahl wiederum der Wille stecke, die inzestuöse Bindung doch nicht ganz aufzugeben. Er nahm diese Auffassung an, meinte aber, daß er sich jetzt nichts anderes wünschen könne, da er ja doch noch nicht heiraten könne; seine Liebe erfülle ihn ganz, die Geliebte rege ihn zum Dichten und Denken an, er sei überglücklich und habe auch nur ihr zuliebe sich auf sein Examen so tüchtig vorbereitet [1]), und sei jedenfalls gar nicht gewillt, sich dieses Gefühl durch irgendwelche psychologischen Erklärungen zersetzen zu lassen. Mit letzterem war ich natürlich sehr einverstanden, denn ich würde ja in die Rolle seiner negativen Vaterimago fallen, wenn ich aus meinem Wissen heraus ihm Vorschriften für seine Gefühlsentwicklung geben wollte, anstatt in Demut die langsame und stufenweise Entwicklung seiner Liebe zu achten und gelten zu lassen. Dennoch war ich berechtigt, ihn auf das Doppelgesicht dieser Übertragung schonend aufmerksam zu machen. Bei mir dachte ich, daß er vielleicht eine solche Liebesbeziehung, bei der das Hauptziel unmög-

[1]) Was wohl nicht nötig gewesen wäre.



lich ist, einstweilen noch braucht, damit die in ihm liegenden primitiven Kräfte noch zurückgehalten und sublimiert werden können.

Seine weitere Entwicklung entspricht also ganz unsern Erwartungen und bestätigt die Richtigkeit der Deutungen.

Ich darf wohl auch annehmen, daß unsere gründliche gemeinsame Deutungsarbeit selbst ein Faktor war, der die günstige seitherige Weiterentwicklung mitbestimmte, obschon ihr kein therapeutischer, sondern beidseitig ein rein wissenschaftlicher Charakter zukam.

Literatur.

Freud, Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens. II. Teil. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forschung Bd. IV, 1. Hälfte. Deuticke.

Jung, Psychologie der unbewußten Prozesse (Rascher). 1. Heft der Schweiz. Schriften für allgemeines Wissen. — Wandlungen und Symbole der Libido. Sonderabdruck aus dem Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forschung Bd. III u. IV.

Mäder, Heilung und Entwicklung im Seelenleben (Rascher). 7. Heft der Schweiz. Schriften für allgemeines Wissen.

v. Muralt, Ein Pseudoprophet: Eine psychoanalytische Studie. Reinhardt.

F. Grandjean, La raison et la vue. Alcan.

H. Blüher, Die Rolle der Erotik in der männlichen Gesellschaft. Diederichs.



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

5. Jahresversammlung der Pommerschen Vereinigung für Neurologie u. Psychiatrie am 26. Febr. 1920 in Stettin.

Vorsitzender: *Mercklin*-Treptow a. R. Anwesend: *Banse*-Lauenburg, *Deutsch*-Treptow a. R., *Encke*-Lauenburg, *Franckenberg*-Greifswald, *Horstmann*-Stralsund, *Jödicke*-Stettin, *Krisch*-Greifswald, *Lauschner*-Treptow a. R., *Lüdicke, O. Meyer, Neumeister, Niesel, Pensky, Preiser, Samuel, Sandhop, Schnitzer*-Stettin, *Schroeder*-Greifswald, *Schulze, Siemens*-Stettin, *Vorkastner*-Greifswald, *Weddige*-Stralsund, *Wegener, Werner*-Stettin. Außerdem als Gäste Stettiner Ärzte.

Die Versammlung wählt zu Geschäftsführern für das nächste Jahr die Herren *Schroeder*-Greifswald und *Horstmann*-Stralsund und nimmt von einer Einladung des Herrn *Schroeder*, die nächste Sitzung in Greifswald abzuhalten, Kenntnis.

Wegener-Stettin: Demonstration eines Falles von *Raynaud*scher Krankheit.

Es handelt sich um einen 41 Jahre alten Polizeiwachtmeister, der 1914 wegen nervösen Herzleidens pensioniert wurde. Seit Mai 1917 bemerkte er Weißwerden der Finger und der rechten 2. Zehe unter ziehenden brennenden Schmerzen. Nach einer Weile wurden die betreffenden Gliedmaßen blaurot. Dauer des Anfalls 2½ Std. Diese Anfälle traten einmal, manchmal auch drei- bis viermal täglich auf. Mitte Oktober 1918 bekam er dieselben Erscheinungen auch in der linken gr. Zehe. Im Juli 1919 Gangrän des Nagelgliedes der linken gr. Zehe und Blasenbildung auf dem Fußrücken links. Im November 1819 traten dieselben Anfälle noch außerdem in der rechten gr. Zehe auf. Im Dezember 1919 beginnende feuchte Nekrose am Nagelgliede der rechten gr. Zehe und rechten 2. Zehe.

Jetziges Zustandsbild: Anfälle von Ischämie mit folgender Zyanose an sämtlichen Fingern von 2½ Std. Dauer. Bald darauf heftiges Magendrücken und Auftreten derselben Zustände in sämtlichen Zehen. Allgemeine Schwäche und leichte Ermüdbarkeit.



Im Anschluß an diesen Fall wird die Ätiologie der *Raynaud*schen Krankheit besprochen unter Hinweis auf *Bing* und *Lewandowski*.

Ferner wird kurz auf einen in der Berliner mediz. Gesellschaft vom Dezember 1919 vorgestellten *Raynaud*-Fall eingegangen, bei dem als neuer Gesichtspunkt für die bisher dunkle Ätiologie der Befund einer vergrößerten Hypophyse hervorgehoben wird. Für den hier demonstrierten Fall wird als ätiologisches Moment neuropathische Disposition angenommen.

Zum Schluß wird noch kurz auf die Therapie eingegangen.

Jödicke-Stettin stellt eine Patientin mit Neuro-Fibromatose vor, erörtert die Beziehungen dieser Erkrankung zur Gliomatose des Gehirns, multiplen Warzenbildung der Haut und vor allem zu der tuberösen Sklerose, über die er sich eingehender in klinischer und pathologischer Hinsicht einläßt, seine Erfahrungen mitteilt und entsprechende Präparate zeigt.

P. Schröder-Greifswald: Der Stand der Metasyphilisfrage bei Erkrankungen des Nervensystems.

Die Lehre von der Metasyphilis des Zentralnervensystems hat in den letzten sechs bis sieben Jahren eine Reihe von Abänderungen erfahren. Die wichtigste neue Tatsache ist der Befund von Spirochäten im Paralytikergehirn. Dieser Befund krönt die erst spät und mühsam in Jahrzehnten erkämpfte Erkenntnis vom engen Zusammenhang der Paralyse und Tabes mit der Syphilis. Die Metasyphilislehre ist nur ein Stadium auf dem Wege dieser Erkenntnis. Der neue Befund von Spirochäten im Paralytikergehirn rüttelt aber nicht an der klinisch feststehenden Sonderstellung der beiden als metasyphilitisch bezeichneten Krankheiten gegenüber der Syphilis des Zentralnervensystems. Es ist mindestens verfrüht, Paralyse und Tabes schlechthin als syphilitische Erkrankungen aufzufassen. Was Tabes und Paralyse in ihrem Wesen von der Lues cerebrospinalis unterscheidet, wissen wir nicht. Allerdings sind wohl die Grenzen zwischen beiden nicht so scharf und unbedingt, als bisher angenommen worden ist. Therapeutisch hat der Spirochätenbefund trotz vieler Bemühungen nicht weiter gebracht, aber er berechtigt zu neuen Hoffnungen. Der Vergleich mit der Tuberkulose, deren Erreger länger und besser bekannt ist, warnt vor übergroßen Hoffnungen. Strittig ist sogar noch, wie weit eine frühe ausreichende Behandlung der frischen Syphilis von Einfluß auf die Verhütung einer späteren Metasyphilis ist. Vorläufig ist der einzige gangbare und erfolgversprechende Weg die Prophylaxe, d. h. die Verminderung der Infektionsgefahr mit Syphilis. (Das Referat erscheint ausführlich in der Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1920.)

Aussprache. — *Siemens*-Stettin: Die Verlegenheits-Hypothese „Metasyphilis" ist natürlich mit der Entdeckung lebender Spirochäten im Gehirn der Dementia- paralytica-Kranken erledigt. Warum verläuft nun nicht jede Gehirnsyphilis als Dementia paralytica? Es muß doch noch



etwas zur Lues cerebri hinzukommen. Was ist dies? Nun, es ist eben eine Psychose, und zwar nach allen klinischen Zeichen eine psychische Erkrankung, welche der zurzeit noch mit dem vielfach unzutreffenden Namen der Dementia praecox bezeichneten entspricht. Ebenso, wie auch zur Tabes dorsalis mitunter eine Psychose hinzutritt, welche unter dem Bilde des „Manisch depressiven Irreseins" oder der „paranoiden Demenz" verläuft und wieder abheilen kann, in welchem Falle dann die Tabes als sauberes Krankheitsbild weiter besteht.

Wie bei der Dementia paralytica, so treten auch bei der Dementia praecox Remissionen verschiedenen Grades auf, es treten epileptische Anfälle auf, und die fortschreitende Atrophie des Gehirns haben wir auch bei der Dementia praecox. Wenn man die alten Verblödungsfälle post mortem genau untersucht, so findet man in jedem Falle Schwund der Nervenelemente und Gewichtsabnahme im Gehirn, und im Rückenmark findet man, ebenfalls wie bei der Dementia paralytica, Strangdegeneration in den Hinterseitensträngen und den Hintersträngen. Daher erklärt es sich auch, daß die antiluische Therapie bei andauernder Dementia paralytica versagt. Wir haben ja auch bisher bei der Dementia praecox noch keine wirksame Therapie gefunden. Die werden wir erst finden, wenn die biologische Forschung den Grundvorgang bei der Dementia praecox, die Störung der endokrinen Drüsen, genauer ermittelt hat.

Neumeister fragt, ob die neueren serologischen Forschungen nicht geeignet sind, die Metasyphilis-Frage mehr zu klären. Insbesondere scheint die Goldsolreaktion, welche bei den verschiedenen metasyphilitischen Erkrankungen, Paralyse, Tabes, Gehirnsyphilis usw., differente typische Merkmale geben soll dabei von großer Bedeutung, um das dunkle Gebiet zu durchleuchten.

Schröder (Schlußwort): Es erscheint nicht angängig, die psychotischen Symptome der Paralyse als etwas Besonderes dem syphilitischen Hirnprozeß gegenüberzustellen, etwa in Analogie zu einem Teil der sog. Tabes-Psychosen. Es fehlt ferner an allen Erfahrungen dafür, daß die psychotischen Defekterscheinungen der Paralyse mit denen der Dementia praecox identisch seien. Es widerspricht meinen Kenntnissen, daß bei Dementia praecox-Kranken Veränderungen an den Hintersträngen zu beobachten seien. — Unterschiede im Liquorbefund bei Lues cerebrospinalis und Paralyse bzw. Tabes werden vielfach hervorgehoben. Sie sind aber nicht der Art, daß sie mit Sicherheit für die Frage verwertet werden könnten, ob Lues und Metalues des Nervensystems wesensverschiedene Prozesse sind oder nicht.

Franckenberg-Greifswald: Torsionsspasmus und verwandte Krankheitszustände.

Die psychiatrisch-neurologischen Forschungen der letzten zwei Jahrzehnte haben uns mit eigentümlichen Krampfformen und Bewe-



gungsstörungen näher bekannt gemacht, die auf einer organischen Erkrankung des Zentralnervensystems beruhen, aber in ihren Symptomen von den bekannten Erscheinungen einer Läsion der motorischen Pyramidenbahnen wesentlich abweichen. Wir wissen jetzt, daß es außerhalb der Pyramidenbahnen gewisse motorische Systeme im Gehirn gibt, denen ganz bestimmte Funktionen zufallen; so z. B. solche, die den Muskeltonus zu regulieren haben. Zu dieser Erkenntnis gelangte man durch die Aufstellung von drei neuen Krankheitsbildern, der Pseudosklerose, der *Wilson*schen Krankheit und des Torsionsspasmus. Die autoptischen Befunde bei den beiden zuerst genannten Erkrankungen zeigten, daß regelmäßig, neben Veränderungen an der Leber, solche im Linsenkern gefunden wurden. Damit wurde über die bisher noch unbekannte physiologische Funktion des Corpus striatum einige Aufklärung gebracht.

Aus der älteren Literatur dieser Krankheiten ergibt sich, daß man sie früher als degenerative Neurosen auffaßte oder zur Hysterie zählte.

Am längsten bekannt ist die sog. Pseudosklerose. Ihr Name geht zurück auf die Zeiten des alten *Westphal*. Im Jahre 1883 veröffentlichte er im Arch. f. Psych. eine Arbeit „Über eine dem Bilde der zerebrospinalen grauen Degeneration ähnliche Erkrankung des zentralen Nervensystems ohne anatomischen Befund". Unter der zerebrospinalen grauen Degeneration versteht er die multiple Sklerose. Es werden da zwei Fälle mitgeteilt, in denen es sich kurz um folgendes handelt:

1. Ein 18jähr. Arbeiter erkrankt ganz allmählich an Schwäche der oberen und unteren Extremitäten und an Doppeltsehen. Erst vier Jahre später tritt ausgesprochene Steifigkeit und Unsicherheit der Beine, sowie starkes Zittern der Arme bei Bewegungen hinzu; die Sprache ist näselnd und schließlich ganz unverständlich. Alle Bewegungen sind verlangsamt. Die Intelligenz hat abgenommen, ein deutlicher Schwachsinn stellt sich ein. Sensibilitäts-, Blasen- und Mastdarmstörungen fehlen. Neun Jahre nach Beginn der Erkrankung erfolgt der Exitus an Entkräftung.

2. Ein 30jähr. Mann erkrankt im Anschluß an Typhus abdominalis langsam an Schwäche der Beine und taubem Gefühl in den Händen. Später Verschlechterung der Sprache, mangelhafte Artikulation und Skandieren, starkes, nicht rhythmisches Zittern in den Beinen und Armen, spastischer Gang, gesteigerte Sehnenreflexe. Ferner auffallende psychische Störungen: bei gutem Gedächtnis und promptem Auffassungsvermögen eine deutliche Urteilsschwäche; erhöhte Reizbarkeit mit Wutausbrüchen, Zerstörungssucht und Neigung zu Gewalttätigkeiten. Nach diesen Erregungszuständen teilweise oder völlige Amnesie. Im Laufe der Jahre mehrmals apoplektiforme Anfälle mit vorübergehenden hemiplegischen Erscheinungen. Tod nach zehnjähriger Krankheit an Entkräftung.

Da in beiden Fällen die Autopsie negativen Befund ergab, nahm *Westphal* an, daß es eine allgemeine Neurose gibt, die man vielleicht als Pseudosklerose bezeichnen könnte, welche weder in ihren Symptomen



noch in ihrem Verlauf von der multiplen Sklerose unterschieden werden kann.

Westphals Arbeit blieb lange unbeachtet, bis 15 Jahre später *Strümpell* weitere Fälle dieser Art berichtete, in denen er die Beobachtungen *Westphals* bestätigte und die Sonderstellung dieser eigenartigen Erkrankung anerkannte. Er versuchte, das Bild der Pseudosklerose klarer zu fassen und sie insbesondere differential-diagnostisch schärfer gegen die multiple Sklerose abzugrenzen. Seine Ergebnisse sind folgende:

Die Pseudosklerose entwickelt sich meist im jugendlichen Alter, häufig schon in früher Kindheit, was bei der multiplen Sklerose zu großer Seltenheit gehört. Als eines der ersten Symptome zeigen sich Störungen des Ganges und des Gebrauches der Arme teils spastischer, teils paretischer Art; dabei scheint es nie zu wirklicher und völliger Lähmung zu kommen, höchstens am Ende der Erkrankung oder in Form von Halbseitenlähmungen im Anschluß an apoplektische Anfälle. Im Gegensatz zu den mangelnden Lähmungszeichen stehen die motorischen Reizerscheinungen, in erster Linie das Zittern, welches entweder rein oszillatorischen Charakters ist oder aber als Intentionszittern und Intentionsataxie auftritt. Gegenüber der multiplen Sklerose fehlt stets der Nystagmus. Besonders charakteristisch ist bei der Pseudosklerose eine allgemeine Verlangsamung der Bewegungen, jedoch in keinem Muskelgebiet so hochgradig wie in der Sprechmuskulatur. Daraus ergibt sich ein starkes Skandieren der Worte. Daneben besteht nicht selten eine direkte Artikulationsstörung, eine undeutliche bulbäre und eigentümlich monotone Sprache. Auch die mimische Muskulatur zeigt eine schlaffe und verlangsamte Innervation. Das Gesicht des Kranken bekommt dadurch etwas Starres, Maskenartiges, die Bewegungen erfolgen überaus langsam, und nach Beendigung der Bewegung bleiben die Muskeln oft in Kontrakturstellung stehen, so daß beispielsweise der zum Lachen verzogene Mund stundenlang offen gehalten wird.

Im späteren Verlaufe der Erkrankung werden oft epileptiforme Anfälle beobachtet.

Wie *Westphal*, so legt auch *Strümpell* besonderes Gewicht auf die psychischen Störungen, die bei der Pseudosklerose nie völlig fehlen und stets im Vordergrunde stehen. Die Kranken sind stumpf und apathisch ohne Initiative, sind albern und kindisch, zeigen Gedächtnisstörung, mangelhafte Auffassung, schlechtes Urteil und deutliche Abnahme der Intelligenz. Dabei weisen sie eine erhöhte psychische Erregbarkeit auf, die sich in unmotiviertem Zwangslachen oder Zwangsweinen kundgibt. Viel wichtiger und besonders kennzeichnend für die Pseudosklerose ist aber eine eigenartige Veränderung des Charakters bei den Kranken: bisher gutmütig und harmlos, werden sie plötzlich mürrisch und gereizt, neigen zu Gewalttätigkeiten und bekommen förmliche Wutanfälle; daneben werden auch Zustände von Verwirrtheit, Sinnestäuschungen und Verfolgungswahnideen beobachtet.



Der Gesamtverlauf der Pseudosklerose kann sich mit Remissionen über viele Jahre hinziehen, zeigt aber einen ausgesprochenen, langsam fortschreitenden Charakter und führt schließlich durch allgemeine Schwäche und Erschöpfung zum Tode.

Genauere pathologisch-anatomische Untersuchungen haben dann weitere Klärung über das Wesen der Pseudosklerose gebracht. Wir wissen heute besonders aus den Mitteilungen von *Alzheimer*, daß diese Erkrankung nicht als Neurose, wie *Westphal* annahm, aufzufassen ist, sondern als ein schweres organisches Hirnleiden mit gleichzeitiger Schädigung von Leber- und Milz.

Es handelt sich um einen Krankheitsprozeß, der namentlich die großen Hirnganglien und den Nucleus dentatus des Kleinhirns befällt, aber in weit vorgeschrittenen Fällen sich über das ganze zentrale Nervensystem ausdehnen kann. Man findet einen Untergang von nervösem Gewebe und eine besondere Veränderung der Glia: überall zerstreut riesenhafte Glia-Elemente, die wieder zerfallen, ohne eine Neigung zu Faserbildung zu besitzen, und die ganz auffällige große Kerne bilden. Letztere entwickeln lappige Auswüchse, schnüren mehrere Kerne ab und sind dabei chromatinarm. Entzündliche Erscheinungen fehlen. Häufig sind die Pyramidenbahnen sekundär degeneriert.

Die Leberveränderungen erweisen sich als eine chronische atrophische Zirrhose mit völligem Umbau des Lebergewebes. Die Leber ist entweder in toto verkleinert oder, in seltenen Fällen, vergrößert. Ihre Oberfläche ist übersät mit Knötchen bis zu Walnußgröße, zwischen denen sich Straßen von vermehrtem Bindegewebe hinziehen. Die ganze Leber ist durch das Bindegewebe in größere und kleinere Felder geteilt, die sich nicht an die normale azinöse und lobuläre Zeichnung halten. Da entzündliche Vorgänge nicht gefunden werden, scheint es sich um einen abgeschlossenen Prozeß zu handeln.

Was die Deutung des Leberbefundes betrifft, so stehen manche pathologische Anatomen auf dem Standpunkt, daß eine fötale Entwicklungsstörung zugrunde liegt; diese besteht darin, daß das normale Wachstum der Leber eine einfache, nicht entzündliche Hemmung erfährt. Sie dokumentiert sich in einer relativen Zunahme des zur Zeit der Störung vorhandenen periportalen Bindegewebes und hat selbst wieder eine mangelhafte weitere Entwicklung und einen Defekt in der Leberfunktion zufolge. Dadurch werden später Stoffwechselstörungen hervorgerufen.

Es finden sich weiterhin in vielen Fällen von Pseudosklerose eigentümliche Pigmentierungen der Haut und inneren Organe und der sog. Kornealring: es ist das eine zirkuläre, braun-grünliche Verfärbung am Hornhautrande, die meistens auf den ersten Blick die richtige Diagnose ermöglicht.

Auch das Blutbild ist bei der Pseudosklerose manchmal verändert. Es besteht Leukopenie mit relativer Lymphozytose und eine Thrombopenie. Das weist wieder auf eine Störung der Milzfunktion, insbesondere



ihrer innersekretorischen Tätigkeit, hin. Die Milz ist auch meistens vergrößert.

Klinisch und auch anatomisch der Pseudosklerose sehr nahestehend ist die Wilsonsche Krankheit, die progressive Lentikular-Degeneration. Sie hat ihren Namen von einem englischen Arzt, der im Jahre 1912 diese Krankheit zuerst beschrieben hat. Unter Heranziehung der in der Literatur bereits niedergelegten Beobachtungen anderer Autoren und auf Grund von zehn Autopsien dieser klinisch beobachteten Fälle hat *Wilson* folgendes Krankheitsbild entwerfen können:

Die progressive lentikuläre Degeneration ist eine Erkrankung, die bei jungen Leuten vorkommt und häufig familiär auftritt, aber nicht kongenital und hereditär. Sie ist fortschreitend und führt nach kürzerer oder längerer Zeit zum Tode. Akute Fälle können nur wenige Monate dauern, die Durchschnittsdauer der chronischen Fälle ist vier Jahre.

In reinen Fällen stellt sich das Leiden als eine Erkrankung des extrapyramidalen motorischen Systems dar, denn die Reflexe sind normal, und Pyramidenbahnsymptome bestehen nicht. Es findet sich ein bestimmter Symptomenkomplex, dessen hauptsächlichste Zeichen sind: ungewollte Bewegungen, für gewöhnlich Zittern, Dysarthrie und Dysphagie, Muskelrigidität, Spastizität, Kontrakturen und zunehmende Abmagerung. Mit diesen Symptomen können eine gesteigerte Emotivität und psychische Störungen leichter Art vergesellschaftet sein.

Bei Lebzeiten der Kranken werden keine Zeichen einer Lebererkrankung bemerkt, obwohl die Autopsie stets das Vorliegen einer Leberzirrhose ergibt. Anatomisch findet sich außerdem eine beiderseitige symmetrische Affektion des Linsenkerns.

Wenn wir die in der Literatur verzeichneten Fälle von progressiver Linsenkern-Erkrankung auf ihre Symptomatologie hin durchsehen, so läßt sich etwa folgender Typus aufstellen:

Im Vordergrunde stehen rein motorische Symptome, vor allem Tremor und Muskelrigidität. Alle anderen Erscheinungen spielen eine mehr untergeordnete Rolle.

Der Tremor schwankt sehr an Intensität. Während er zu Beginn des Leidens nur sehr gering zu sein braucht, nur anfallweise auftreten und lediglich die äußersten Enden der Extremitäten, Finger, Hände, Zehen und Füße, betreffen kann, beherrscht er in anderen Fällen von Haus aus das ganze Krankheitsbild. In den Endstadien jedoch besteht konstant ein ausgesprochenes Zittern und Wackeln des ganzen Körpers, das bisweilen mehr tonischen und klonischen Krämpfen gleicht. Ferner ist für den Tremor charakteristisch, daß er bei seelischer Erregung und bei intendierten Bewegungen zunimmt; er kann aber auch mit Willen des Kranken unterdrückt werden.

Das andere Kardinalsymptom ist die Muskelrigidität, die besonders gegen rasche passive Bewegungen Widerstand leistet. Sie betrifft die



gesamte Körpermuskulatur, mit Ausnahme der Augenmuskeln, und führt zu Starre des Gesichts, des Nackens und des Rumpfes, in höheren Graden auch zu einer Schwierigkeit, das Gleichgewicht zu bewahren. An den Extremitäten zeigen die Beuger regelmäßig stärkere Anspannung als die Strecker. Daher bilden sich Beugekontrakturen aus, die nicht mehr ausgeglichen werden können.

Die Dysarthrie kennzeichnet sich dadurch, daß das Sprechen langsam, schleppend näselnd erfolgt. Dabei ist die Bildung der Konsonanten stark beeinträchtigt, während Vokale gut ausgesprochen werden können.

Die Dysphagie, d. i. Schluckstörung, kann am Schlusse der Erkrankung so hochgradig sein, daß der Schlingakt überhaupt aufhört.

Im übrigen ist die Kraftleistung der Körpermuskulatur trotz Tremor und Spastizität recht gut. Es besteht kein lokaler Muskelschwund.

Manchmal wird an den Händen, auch an Ohren und Wangen, eine dauernde, wenn auch oft wechselnde, Zyanose beobachtet. Diese kann natürlich eine mit der Ätiologie des Leidens direkt zusammenhängende Störung des Stoffwechsels sein. Es ist aber auch möglich, daß diese Erscheinung als Herdsymptom aufzufassen ist. Denn es wird ja gerade gewissen Teilen des Zwischenhirns ein Einfluß auf die Gefäßinnervation zugeschrieben. Man hat dieses Gefäßzentrum in eine Gegend verlegt, die dem zentralen Höhlengrau des 3. Ventrikels und des Infundibulums nahe gelegen ist.

Weiter gehören zum Bilde der *Wilson*schen Krankheit in akuten Stadien Fieber und am Ende der Erkrankung starker Kräfteverfall und hochgradige, zunehmende Abmagerung, die Folgeerscheinungen der Stoffwechselstörungen sind.

Psychische Störungen sind stets gefunden, spielen aber nur eine untergeordnete Rolle. Es handelt sich entweder um vorübergehende Symptome, wie sie bei leichten Intoxikationspsychosen vorkommen, oder, bei chronischem Verlauf, um eine Abnahme der Intelligenz, Apathie, leichte Beeinflußbarkeit und Erregbarkeit.

Der pathologisch-anatomische Befund ähnelt dem bei Pseudosklerose, zeigt aber nicht eine so große Ausdehnung. Er beschränkt sich auf Veränderungen im Linsenkern. Die schwerste Erkrankung weist das Putamen auf. Die Befunde wechseln von Entfärbung, schwammiger Beschaffenheit und Schrumpfung des Linsenkerns bis zur völligen Zerstörung und Auflösung desselben. Der Schwanzkern ist gelegentlich etwas geschrumpft, die anderen benachbarten Hirnteile nehmen an der Degeneration keinen Anteil.

Die mikroskopischen Veränderungen im Linsenkern bestehen in einer Wucherung der Gliafibrillen; Nervenfasern und Nervenzellen gehen ohne wesentliche Entzündungserscheinungen zugrunde, und an ihre Stelle treten dann wieder Glia-Elemente, die auch allmählich verschwinden, so daß bei fortgeschrittenen Fällen Höhlenbildung erfolgt.



Leber und Milz bieten dasselbe Bild wie bei der Pseudosklerose. —

Eine andere Erkrankung mit verwandtschaftlichen Beziehungen zur Pseudosklerose ist der sog. Torsionsspasmus oder die Torsionsdystonie.

Auch dieses Leiden ist erst wenige Jahre näher bekannt. Seine Geschichte reicht bis zum Jahre 1908 zurück. Damals war man der Meinung, es handele sich um eine Neurose, und *Ziehen* führte den provisorischen Namen „Torsionsneurose" ein. Er sprach von einer „eigentümlichen Krampfform mit hysterischen Symptomen", die bei Kindern aus polnisch-jüdischen Familien auftritt und vorzugsweise familiären Charakters ist. Die Krampfbewegungen werden fast ununterbrochen ausgeführt, unterliegen aber bezüglich ihrer Intensität erheblichen Schwankungen. Sie erinnern in den *Ziehen*schen Fällen teils an choreatische, teils an athetotische Bewegungen. Es kommt dadurch zu Verkrümmungen des Rumpfes und der Extremitäten. Am meisten ist der Gang gestört, indem dabei tonische Adduktionskrämpfe, eine schwere Lordose und eine Fußspitzen-Streckung zu beobachten ist. Im Schlaf verschwindet der Krampf. Schmerzen im Sinne der Krampusneurose bestehen nicht. Das Leiden zeigt einen chronischen progredienten Verlauf mit ungünstiger Prognose und machtloser Therapie.

Besonders eingehend beschäftigte sich dann *Oppenheim* mit dieser Krankheit und machte darauf aufmerksam, daß das Leiden zwar meist in einem Arm beginnt, aber in der Folge vorwiegend die Beine ergreift. Es kommt eine spezielle Art von Astasie-Abasie zustande dadurch, daß bei der Fortbewegung die in Aktion tretende Muskulatur der Oberschenkel, des Beckens und der Wirbelsäule in eine Art Krampfzustand gerät. Die Haupterscheinung ist eine beträchtliche Lordose oder Lordoskoliose der unteren Brust- und Lendenwirbelsäule mit starker Neigung des Beckens und Vorspringen der Nates.

Die Anomalien der Muskeltätigkeit sind ganz vorwiegend an den Bewegungsakt gebunden. Daher treten bei ruhender Lage der Kranken die Haltungsänderungen zurück oder erfahren zum mindesten eine erhebliche Verringerung. Besonders gilt das für die Lordose, die sich in Rücken- oder Bauchlage fast völlig ausgleicht.

Als weiteres Symptom stellte *Oppenheim* eine Herabsetzung des Tonus der Muskulatur fest. Er fand neben der Tendenz einiger Muskelgruppen zu tonischer Anspannung eine ausgesprochene Hypotonie, besonders in den Beinen. Im Gegensatz zu *Ziehen* nahm er an, daß das Leiden nicht eine Neurose darstellt, sondern wohl auf feinen Veränderungen im Zentralnervensystem beruhe. Er schlug als Krankheitsbezeichnung den Namen „Dysbasia lordotica progressiva" oder „Dystonia musculorum deformans" vor. Dystonie sollte darauf hindeuten, daß gleichzeitig Hypo- und Hypertonie besteht.

Die Literatur über diese eigenartige Erkrankung ist in den letzten Jahren erheblich vergrößert worden. Ich erinnere an die Namen von



Bonhöffer, *Bregman*, *Flatau*, *Maas* und *Mendel*. Aus ihren Veröffentlichungen ergibt sich, daß das Krankheitsbild des Torsionsspasmus noch nicht genügend geklärt ist, und daß viele Misch- und Übergangsformen vorkommen. Trotzdem läßt sich aber ungefähr folgendes Bild über diese Krampfform aufstellen:

Der Torsionsspasmus ist im allgemeinen eine seltene Krankheit, die meistens, aber nicht ausschließlich, bei Individuen jüdischer Abstammung aus Rußland oder Galizien vorkommt. Der Beginn der Erkrankung fällt in das 6. bis 13. Lebensjahr. Heredität und familiäres Auftreten sind zwar häufig beobachtet, scheinen aber keine wesentliche Rolle zu spielen. Unfällen, die in der Anamnese oft erwähnt werden, Infektionskrankheiten und der Lues kommt eine ätiologische Bedeutung nicht zu. Das Leiden beginnt allmählich und schleichend, indem sich zunächst in einer Extremität, und zwar meistens in einem Fuß, ein Krampf einzustellen pflegt. Dadurch entsteht eine ziemlich charakteristische Gangstörung: der erkrankte Fuß wird beim Gehen im Sprunggelenk umgeknickt, dreht sich nach außen, rutscht nach hinten weg oder reibt sich am andern Fuß.

In einigen Fällen zeigt sich der Beginn der Erkrankung in einem Arm. Die Kranken bemerken zuerst eine Behinderung beim Schreiben, bekommen einen Krampf oder ein Zittern, manchmal fühlen sie nur eine Steifigkeit im Ellbogengelenk.

Im weiteren Verlauf bildet sich ein Muskelspasmus von ziehendem und drehendem Charakter aus, der hauptsächlich die beim Gehen angespannte Muskulatur des Rumpfes, des Beckens und der unteren Extremitäten ergreift. Schon beim Stehen haben die Beine eine abnorme Haltung, indem sie im Knie- und Hüftgelenk gebeugt gehalten, nach ein- und auswärts gedreht oder zeitweise gekreuzt übereinandergeschlagen werden.

Der Gang ist infolge der immer wieder auftretenden Muskelspasmen ganz unregelmäßig, mal eigentümlich schiebend, dann stampfend, tänzelnd, er sieht grotesk und gekünstelt aus. Er hat gewisse Ähnlichkeit mit der Gangstörung bei schwerer Chorea, aber unterscheidet sich davon durch das Torquierende. Der Rumpf wird beim Gehen ruckartig oder langsam spiralig verdreht oder auch nach vorn geneigt. Dabei erfolgen schleudernde Bewegungen mit den Armen. Eine hochgradige Lordose der unteren Wirbelsäule stellt sich ein, die Gesäßgegend springt nach hinten, der Bauch nach vorn vor. Manche Kranke können besser rückwärts als vorwärts gehen.

Das Gehen wirkt natürlich ermüdend, und man merkt den Kranken bald die Anstrengung an, sie geraten in Schweiß, das Gesicht rötet sich, die Pulsfrequenz nimmt zu.

Die unwillkürlichen Bewegungen nehmen dann an Ausdehnung und Intensität zu. Sie erstrecken sich auf die gesamte Körpermuskulatur mit Ausnahme des Gesichts. Scheinbar erfolgen sie ganz regellos, sie erinnern an choreatische, athetoide, ticartige oder an solche wie bei Para-



lysis agitans, aber es macht sich dabei doch etwas durchaus Typisches und Systematisiertes geltend.

Es wechseln plötzliche Stoß- und Schleuderbewegungen mit unkoordinierten, wurmartigen und auch tonisch-klonischen ab. Sie werden durch Affekterregungen, Ermüdung und darauf gerichtete Aufmerksamkeit noch gesteigert. Willkürlich können sie nicht gehemmt werden. Dagegen lernen es die Kranken manchmal, durch kleine Kunstgriffe die spasmodischen Erscheinungen zu verringern. Im Schlaf hören sie gänzlich auf.

In weiter fortgeschrittenen Fällen von Torsionsspasmus werden auch die willkürlichen Bewegungen beeinträchtigt. Einfache Aufträge können nur stufenweise und unter den absonderlichsten Stößen ausgeführt werden, kompliziertere motorische Akte, An- und Auskleiden, Gehen und Essen, werden zuletzt erheblich gestört.

Charakteristisch für diese Erkrankung ist, daß, ebenso wie bei den vorher geschilderten, weder eine Verminderung der groben Kraft, noch eine Differenz zuungunsten einer Körperhälfte festgestellt worden ist. Desgleichen fehlen Atrophien in den einzelnen Muskelgebieten.

Auch beim Torsionsspasmus werden Lähmungen, Pyramidenbahnsymptome, Sensibilitäts-, Blasen- und Mastdarmstörungen vermißt.

Psychische Anomalien und Intelligenzdefekte finden sich sowohl in der Periode vor der Erkrankung, als auch während deren Entwicklung nicht. Die Kranken zeichnen sich sogar oft durch eine auffallend gute Intelligenz aus.

Was den Verlauf des Leidens anbetrifft, so ist es nach den bisherigen Erfahrungen chronisch-progredient. Im Anfang schreitet es langsam fort, bis es eine gewisse Höhe erreicht hat, auf der es dann jahrelang stehen bleiben kann. Manchmal treten in einzelnen Muskelgebieten, besonders in den Armen, Besserungen auf. Heilung oder erhebliche Besserung ist nie beobachtet.

Über die pathologische Anatomie lassen sich keine Angaben machen, da bisher ein reiner Fall von Torsionsspasmus nicht zur Autopsie gekommen ist. Da es sich aber um ein chronisch-progredientes Leiden handelt, das mit den anderen anatomisch bekannten Affektionen Ähnlichkeiten aufweist, ist anzunehmen, daß auch dem Torsionsspasmus grob anatomische Veränderungen zugrunde liegen.

Wahrscheinlich ist auch hier der Herd in den Linsenkern oder aber, da der Torsionsspasmus den choreatisch-athetotischen Störungen nahesteht, in die Kleinhirn-Bindearme zu verlegen. —

Wie schon erwähnt, zeigen die drei beschriebenen Krankheiten untereinander in manchen Punkten Ähnlichkeiten. Sie stehen aber auch verschiedenen anderen Affektionen des Zentralnervensystems in ihren klinischen Erscheinungen sehr nahe, so der juvenilen Form der Paralysis agitans, der Myotonie und der Athétose double. Wahrscheinlich sind die

in der Literatur als Paralysis agitans juvenilis beschriebenen Fälle nichts anderes als progressive Linsenkern-Erkrankung.

Die größte Übereinstimmung besteht zwischen der Pseudosklerose und der *Wilson*schen Krankheit, so daß manche Forscher geneigt sind, die beiden Erkrankungen als identisch anzusehen. Gemeinsam haben sie die Spastizität der Muskulatur, die Zitterbewegungen, den Pigmentring der Kornea und die Leber- und Milzerkrankung. Die psychischen Störungen sind allerdings bei der Pseudosklerose bedeutend hochgradiger und gehören zum Krankheitsbilde, während sie bei der *Wilson*schen Krankheit häufig fehlen. Auch ist der anatomische Befund am Gehirn von viel größerer Ausdehnung bei der Pseudosklerose; es ist nicht nur der Linsenkern befallen, sondern auch die benachbarten Gebiete, selbst die Pyramidenbahnen und sogar die Rindengebiete sind häufig erkrankt; außerdem ist die örtliche Schädigung nicht so schwer wie bei der *Wilson*schen Krankheit. Daher erscheint es mir fraglich, ob man die Krankheitsbilder miteinander vermischen kann.

Die Beschreibung der Krankheitsbilder Pseudosklerose und *Wilson*sche Krankheit ergibt, daß sie klinisch auch Beziehungen zum Torsionsspasmus haben. Gemeinsam ist allen eine Störung des Muskeltonus, die Unwillkürlichkeit pathologischer Bewegungen, auf welche emotive Vorgänge einen gewissen Einfluß haben, und der Beginn der Erkrankungen im Pubertätsalter. Grundlegende Verschiedenheiten bestehen aber in den torquierenden Bewegungen, der merkwürdigen Gangstörung, dem Wechsel von Hyper- und Hypotonie und der Lordose der Wirbelsäule beim Torsionsspasmus, den psychischen Störungen, der Gesichtsstarre, den Sprach- und Schluckstörungen, dem Kornealring und dem schnelleren Verlauf bei der Pseudosklerose und der *Wilson*schen Krankheit.

Kruse-Stettin: Zwei Fälle von Grippe-Enzephalitis aus der inneren Abteilung des städt. Krankenhauses Stettin (Prof. *Neißer*).

Wir hatten auf der inneren Abteilung des städt. Krankenhauses zwei Fälle von Enzephalitis nach Grippe zu beobachten Gelegenheit, die wohl allgemeines Interesse beanspruchen dürfen.

Bei dem ersten Fall, der vor einem Jahr hier zur Beobachtung kam, handelte es sich um einen jungen kräftigen Mann von 24 Jahren. Früher nie krank gewesen, hat den ganzen Krieg bei einer Gardeformation mitgemacht, ohne einmal verwundet oder krank gewesen zu sein. Wenige Tage, bevor er ins Krankenhaus aufgenommen wurde, erkrankte er mit Bruststichen. Auf dem Wege, sich den Krankenschein zu besorgen, bekam er plötzlich in der Straßenbahn heftige Kopfschmerzen und Kopfschütteln. Er wurde vom Arzt sofort ins Krankenhaus geschickt. Hier bot er folgenden Befund bei der Aufnahme. Diffuse Bronchitis über beiden Lungen. An den übrigen Organen nichts Besonderes. Auffällig war ein dauerndes Kopfschütteln. Pat. klagte über starke Schmerzen in der Brust und im



Leib. Hatte Doppelbilder. Temperatur 39°. Pupillen eng, reagierten auf Lichteinfall. Anisokorie links < rechts. Fazialis o. B. Patellarreflexe vorhanden, rechts sehr lebhaft. Babinski und Oppenheim negativ. Patellarklonus. — Die starken Schmerzen in Brust und Bauch stellten sich als Hyperästhesien heraus. Schon die leiseste Berührung der Haut dieser Partien wurde als äußerst schmerzhaft angegeben. — Sensorium frei. — Im weiteren Krankheitsverlauf bekam Pat. heftiges Nasenbluten. Dann traten Blasen- und Mastdarmstörungen auf. Nur auf Einlauf Stuhl. Mußte katheterisiert werden. Die Parästhesien gingen auf den rechten Arm über. Es traten petechiale Hautblutungen auf an beiden Seiten des Thorax. Die Blutungen waren streifenförmig angeordnet nach Art des Herpes zoster. Nach einer Lumbalpunktion hörte das Kopfschütteln sofort auf. Pat. klagte dann über Schmerzen im Nacken; Nackensteifigkeit bestand nicht. — Wassermann in Blut und Liquor negativ. Nonnesche Reaktion negativ. Im Liquor Zellen nicht vermehrt. Die Beschwerden gingen allmählich zurück. Und nach einer rasch vorübergehenden Verschlechterung, wobei noch manchmal Doppelbilder beim Blick nach rechts auftraten, konnte Pat. nach einem Krankenhausaufenthalt von 5 Wochen geheilt entlassen werden.

Der zweite Fall, der erst vor kurzem uns zu Gesicht kam, betraf ebenfalls einen kräftigen jungen Mann von 19 Jahren Pat. M. K. war früher immer gesund. Er erkrankte 10 Tage vor seiner Aufnahme ins Krankenhaus. Es soll gleich Fieber bestanden haben. Er bekam heftige Schmerzen in beiden Unterarmen. Bald darauf traten Zuckungen in den Armen auf, die dann auch auf die Beine und den Rumpf übergriffen, so daß Pat. am ganzen Körper zuckte. Er hatte heftige Schmerzen in den Gliedern. Seit 10 Tagen keinen Stuhlgang. Kein Erbrechen.

Die Untersuchung ergibt folgenden Befund: Pat. macht einen schwerkranken Eindruck. Temperatur 38°. Über beiden Lungen geringe Bronchitis. Patellarreflexe schwach vorhanden. Bauchdeckenreflexe +. Kornealreflexe +. Pupillen reagieren träge. Von Zeit zu Zeit hat Pat. Zuckungen in der Muskulatur der Beine und des Rumpfes. Die Sensibilität ist überall stark herabgesetzt. Tiefe Nadelstiche werden als Berührung angegeben. Er macht den Eindruck einer schweren Hysterie. Fällt bei der Untersuchung hin, indem er auf der einen Seite gegen eine Waschschüssel taumelt, auf der anderen gegen einen Tisch, an dem er sich langsam heruntergleiten läßt.

Im weiteren Verlauf traten auch Blasenstörungen auf, mußte katheterisiert werden. Es trat eine rechtsseitige Fazialisparese in die Erscheinung, der Mundwinkel hing etwas herab, geringer Speichelfluß. Neben der allgemeinen Anästhesie fiel auf, daß eine Skabies, die Pat. als Nebenbefund hatte, ihm äußerst lästig war. Tag und Nacht saß er im Bett und kratzte sich tiefe Löcher in die Beine, was ihm bei seiner Analgesia dolorosa nicht zum Bewußtsein kam. Er wurde elektrisiert und ertrug die



stärksten Ströme, ohne eine Miene zu verziehen. Beim Baden setzte er sich auf einen Heizkörper und verbrannte sich die Haut der Glutealgegend beiderseits in Handtellergröße. Die Zuckungen ließen bald nach, die Temperatur ging herunter. Klagte über Schmerzen im Nacken. Keine Nackensteifigkeit. Das psychische Verhalten machte einen katatonischen Eindruck. Er verstummte fast völlig. Auf Fragen erhielt man oft überhaupt keine Antwort, oft erst nach langer Zeit. Tagsüber saß Pat. völlig apathisch ganz in sich zusammengesunken, das Kinn auf der Brust, da, auch nachts behielt er oft diese Stellung bei, weil er nicht liegen könne. Brachte man seine Arme passiv in eine andere Stellung, wobei ein gewisser Widerstand zu überwinden war, so blieben sie eine Zeitlang in dieser Stellung stehen (Dauerstellung für eine Zeitlang). — Wassermann in Blut und Liquor negativ. Zellen im Liquor nicht vermehrt. — Die Temperatur stieg wieder an. Pat. machte einen sehr schwerkranken Eindruck. Sensorium dauernd frei. Bevor er irgendeine Antwort gab, hatte er Zuckungen um den Mund. Klagte über Schmerzen im Nacken und Kopfschmerzen. — Eines Abends wurde der Puls sehr schlecht, bekam starken Schweißausbruch und kam einige Stunden darauf ad exitum.

In klinischer und epidemiologischer Hinsicht sind die beschriebenen Fälle von Wichtigkeit. Die Diagnose machte zunächst Schwierigkeiten. Nachdem aber eine Reihe ähnlicher Fälle beschrieben worden sind von *Nonne*, aus der *Siemerling*schen Klinik und neuerdings auch aus München, unterliegt es keinem Zweifel, daß auch unsere Fälle in das Gebiet der epidemisch auftretenden Enzephalitis des Hirnstammes und Bulbärmyelitis gehören; sind wir doch in der Lage, diese Annahme durch die Sektionsbefunde unseres zweiten Falles erhärten zu können, worüber Prosektor Dr. *Meyer* Ihnen berichten wird.

Nonne hat die hervorstechendsten Symptome der von ihm beobachteten Fälle zusammengestellt, sie waren: 1. Lähmungen von Hirnnerven, 2. Reizerscheinungen der Extremitätenmuskulatur, Spannungszustände, Bewegungsarmut, Tremor. 3. Fehlen von organischer Erkrankung der Pyramidenbahn. 4. Störung der Blasenfunktion. 5. Schwere Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens. 6. Schlafsucht. 7. Fieber.

Die meisten dieser Symptome ließen sich auch bei unseren Patienten nachweisen. Im ersten Fall betraf die Hirnnervenlähmung den Abduzens, im zweiten den Fazialis. Auch die übrigen Symptome finden wir bei unseren Fällen wieder, nur nicht die Schlafsucht. Das am meisten ins Auge fallende Symptom waren in beiden hier beschriebenen Fällen die Reizerscheinungen der Muskulatur, die sich im ersten Fall als Kopfschütteln, im anderen als Zuckungen in der gesamten Körpermuskulatur dokumentierten.

Das sind Erscheinungen, die *Strümpell* als amyostatischen Symptomenkomplex bei der Pseudosklerose und *Wilson*schen Krankheit beschrieben hat. Hier handelt es sich nicht um Störungen der Muskel-



bewegung, der Myodynamik, sondern um eine Störung der Myostatik, d. h. um eine Störung des physiologischen Zusammenwirkens aller ein Gelenk bewegenden Muskeln, die sich normalerweise in ihren wechselnden Kontraktionszuständen den jeweiligen Bedürfnissen des Körpers anpassen.

Alle Bewegungen, die wir bei irgendeiner Verrichtung „von selbst“ machen, werden offenbar durch einen besonderen neuromuskulären Apparat kontrolliert. Bei Reizzuständen aller Muskeln gleichzeitig resultiert Hypertonie, Kontrakturen, Stellungsanomalien, Bewegungsarmut. Treffen die abnormen Reizzustände abwechselnd je eine agonistische und antagonistische Muskelgruppe, so tritt das Symptom des Zitterns ein, je nach der Art der Regelmäßigkeit, mit der die abnormen Reizzustände auftreten, als Zittern, Schlagen, Athetose.

Die anatomischen Unterlagen dieser Myastasien scheinen Veränderungen der großen Ganglien des Hirnstammes, besonders des Linsenkernes zu sein, die mit ziemlicher Regelmäßigkeit bei den zur Sektion kommenden Fällen gefunden wurden. Bei der Pseudosklerose und der *Wilson*schen Krankheit, an denen *Strümpell* diesen Symptomenkomplex zuerst festgestellt hat, fanden sich regelmäßig degenerative Veränderungen im Linsenkern, so daß *Wilson* die von ihm zusammengestellten Fälle als progressive Lentikular-Degeneration bezeichnet. In unseren Fällen handelt es sich um akut entzündliche Veränderungen der großen Stammganglien. Sie können auf den Linsenkern beschränkt bleiben, können aber auch die Medulla oblongata und, wie in unserem Fall, die graue Substanz des Rückenmarks ergreifen. Je nach der Ausdehnung der entzündlichen Veränderungen werden auch die Ausfallerscheinungen umfangreicher oder geringer sein.

Wie wichtig die Kenntnis solcher Fälle auch in praktisch diagnostischer Hinsicht ist, zeigt ein dritter Fall von uns, dessen Autopsie leider nicht hat stattfinden können: akute grippöse Erkrankung, am zweiten Tage linksseitige Ohreiterung, bald darauf anarthrische Sprachstörung, grober Nystagmus beim Blick nach beiden Seiten, Prostration. Neben der frischen linksseitigen Otitis bestand eine rechtsseitige ältere Stirnhöhleneiterung.

Der Fall ereignete sich ganz am Anfange der Grippe-Epidemie, die Enzephalitisfälle waren noch nicht bekannt. Obwohl nicht an einen Hirnabszeß geglaubt wurde, wurde doch schließlich Schläfenlappen, Kleinhirn mehrfach punktiert, der Processus mastoideus operiert, wobei sich etwas Eiter in den Zellen, sonst nichts fand, das Kleinhirn freigelegt und punktiert — alles mit negativem Erfolge.

Ohne Zweifel hat auch hier eine postgrippöse Enzephalitis vorgelegen.

In diagnostischer Hinsicht boten unsere Fälle Schwierigkeiten durch das Hervortreten der hysterischen Stigmata, besonders der Parästhesien. Auch *Siemerling* fand bei einigen seiner Fälle hysterische Symptome aus-



gesprochen, während die meisten psychische Veränderungen, Erregungszustände u. a. aufwiesen.

Die motorischen Reizerscheinungen, im ersten Fall das Kopfschütteln, im anderen die Zuckungen, die auf den ersten Blick zum Bilde der Hysterie zu gehören schienen, mußten wir nach der Kenntnis des *Strümpell*schen Symptomenkomplexes zu den Amyostasen rechnen. Sehr ausgeprägt war der *Strümpell*sche Symptomenkomplex in unserem erst kürzlich beobachteten Fall. Hier kam es nach anfänglichen Reizerscheinungen in den betroffenen Muskelgruppen zu einer gewissen Bewegungsarmut, die geradezu einen katatonischen Eindruck machte.

Störungen von seiten der Pyramidenbahnen fehlten in unseren Fällen völlig.

Wir sehen heute im Anschluß an die Grippe-Epidemie ein gehäuftes Auftreten von Enzephalitiden. Die ersten Fälle verliefen unter dem Bilde der Schlafsucht, der Encephalitis lethargica; wie sie *Economo* beschrieben hat. Wenn neuerdings behauptet wird, die Encephalitis lethargica sei schon vor der ersten Grippe-Epidemie aufgetreten, so ist doch zu bedenken, daß auch ganz leichte Grippen zu enzephalitischen Komplikationen führen können. In letzter Zeit sehen wir eine andere Form der Enzephalitis. Im Vordergrunde stehen klinisch Reizerscheinungen der Muskulatur, wie sie dem amyostatischen Symptomenkomplex entsprechen. Daneben finden sich oft psychische Veränderungen im Sinne reiner Psychosen oder auch hysterische Stigmata, so in unseren Fällen. Pathologisch-anatomisch entsprechen diesen Symptomen entzündliche Veränderungen der grauen Ganglien des Hirnstammes, wie wir aus *Wilson*s Untersuchungen wissen.

In unserem zur Obduktion gekommenen Fall fanden sich ausgedehnte perivaskuläre Entzündungsherde mit Rundzellen in den Ganglien des Hirnstammes, die sogar bis in die graue Substanz des Rückenmarks zu verfolgen waren. Es handelt sich um eine nach Grippe aufgetretene Enzephalitis, die sich im Grau des Hirnstammes oder der Medulla oblongata abspielten.

Ein ganz ähnliches Zusammentreffen von epidemisch auftretender Infektionskrankheit mit Enzephalitis finden wir bei Gelegenheit der großen Influenza-Epidemie in den neunziger Jahren. Damals trat die Enzephalitis als *Heine-Medin*sche Krankheit in die Erscheinung. Aber hier wie dort war der Angriffspunkt anatomisch vielfach der gleiche, das zentrale Grau des Hirnstammes. Klinisch wie anatomisch sind die Erscheinungen so verwandt, daß man versucht ist, eine gemeinsame Noxe anzunehmen, die damals die Influenza-Epidemie zeitigte und im Anschluß daran den *Heine-Medin*schen Komplex, heute die Grippen-Epidemie mit der Encephalitis lethargica und neuerdings der Encephalitis choreatica, wozu auch unsere beiden Fälle zu rechnen wären.

Vielleicht handelt es sich in allen diesen Fällen um die Infektion



mit einem filtrierbaren Virus. Die Influenzabazillen wären dann als Nebenbefund zu betrachten, ebenso wie die Pneumokokken, Streptokokken, die wir stets als Begleitflora der Grippe finden.

O. Meyer-Stettin: Über die sog. Grippe-Enzephalitis und Encephalitis lethargica[1]).

Es ist Ihnen bekannt, daß seit dem Jahre 1917 über ein gehäuftes Auftreten von Enzephalitis-Fällen bald hier, bald dort berichtet worden ist. Die ersten Beobachtungen dieser Art stammen von *Economo* in Wien, der diese Fälle als Encephalitis lethargica bezeichnete wegen des schlafähnlichen Zustandes, der im Vordergrund des klinischen Bildes stand. *Economo* und *Wiesner*, die diese Fälle histologisch und bakteriologisch untersuchten, glaubten es mit einer besonderen Erkrankung zu tun zu haben und dieselbe auf eine Infektion mit einem Diplokokkus zurückführen zu können, der morphologisch und kulturell zwar einige Besonderheiten aufweist, jedoch in vieler Beziehung große Verwandtschaft mit dem Streptokokkus, wie man ihn z. B. auch regelmäßig in der Lunge bei Grippe findet, zeigt. Mit dem Auftreten der Grippe-Epidemie im Jahre 1918 mehrten sich dann Beobachtungen über das Auftreten von Enzephalitis-Erkrankungen, die teils klinisch, teils histologisch große Ähnlichkeit mit den von *Economo* beschriebenen Fällen aufwiesen, und in neuester Zeit liegen Berichte über gehäuftes Auftreten derartiger Erkrankungen aus einer großen Zahl deutscher Städte nicht nur — ich erwähne nur München, Hamburg, Kiel —, sondern auch aus England und Frankreich vor, und es ist anzunehmen, daß auch noch in anderen Ländern ähnliche Beobachtungen gemacht worden sind. Unter diesen Umständen liegt es nahe, die Frage aufzuwerfen, ob diese Enzephalitis-Fälle nicht im Zusammenhang mit der Grippe stehen, um so mehr, als wir schon aus früheren Grippe-Epidemien von häufigen Komplikationen der Grippe mit Enzephalitis Kenntnis haben. In der Tat sprechen sich denn auch die deutschen Autoren, die sich in der neuesten Zeit mit der Frage beschäftigt haben, z. T. mit großer Bestimmtheit für die Abhängigkeit der Enzephalitis-Erkrankungen von der Grippe aus. Es werden in diesem Zusammenhange auch Zweifel geäußert über die Bedeutung des von *Economo* und *v. Wiesener* mit ihren Fällen von Encephalitis lethargica in ursächliche Beziehung gebrachten Diplococcus pleomorphus.

Diese Zweifel halte ich für sehr berechtigt, und zwar nicht allein wegen der von allen neueren Autoren und auch von mir konstatierten großen Ähnlichkeit der histologischen Befunde der *Economo*schen und der später im Verlaufe und im Anschluß an die Grippe-Epidemie beobachteten Fälle, bei denen der Diplokokkus in der Regel nicht gefunden worden

[1]) Aus dem pathol. Institut des städtischen Krankenhauses in Stettin.



ist, sondern auch noch aus anderen Gründen, auf die ich Ihr Augenmerk richten möchte. Es besteht nämlich nicht nur zwischen den *Economo*schen Fällen und den später zur Beobachtung gekommenen Enzephalitis-Fällen eine große Ähnlichkeit hinsichtlich der histologischen Befunde, sondern auch noch eine große Ähnlichkeit aller dieser Fälle — worauf übrigens *Economo* und *v. Wiesner* selbst hingewiesen haben — mit Befunden, wie sie bei der *Heine-Medin*schen Erkrankung erhoben werden. In allen Fällen handelt es sich nämlich um den Befund disseminierter interstitieller Herde im Bereich der grauen Substanz der Großhirnganglien, besonders im Bereich des sog. zentralen Höhlen-Graues, des verlängerten Markes und auch der grauen Substanz des Rückenmarkes, wobei im Vordergrunde perivaskuläre Infiltrate mit lymphozytenähnlichen Rundzellen und sog. leukozytoiden Zellen stehen, aber auch diffus im Gewebe verstreute Zellinfiltrate von im allgemeinen gleichartigem Charakter beobachtet werden. Den von *Economo* als grundlegend angesprochenen Unterschied gegenüber der *Heine-Medin*schen Erkrankung, nämlich das Fehlen von Neuronophagie bei Encephalitis lethargica, kann ich nicht als beweisend anerkennen, nachdem ich in drei unter dem Bilde von Encephalitis lethargica verlaufenen Fällen aus dem Jahre 1918 außer den interstitiellen Entzündungsherden deutliche Zeichen von Neuronophagie gefunden habe und auch *Oberndorffer* und *Stern* über ganz ähnliche Befunde berichten. Auch was die Lokalisation der Entzündungsherde im Zentralnervensystem anbetrifft, so kann ich grundlegende Verschiedenheiten zwischen der *Heine-Medin*schen Erkrankung und den hier in Betracht kommenden sog. Enzephalitis-Fällen nicht finden. Der einzige Unterschied, der mir aufgefallen ist, sind die starken perivaskulären Zellmäntel in den Enzephalitis-Fällen, die ich in dieser Intensität beim Heine-Medin bisher nicht beobachtet habe. Ich glaube aber, daß man dies nicht als grundsätzliche Verschiedenheit bewerten darf, sondern daß es sich um quantitative Differenzen handelt. Diese perivaskulären Zellmäntel sind ja überhaupt nicht als eine spezifische Gewebsreaktion aufzufassen, sie finden sich vielmehr in verschiedener Intensität bei den verschiedenartigsten Erkrankungen, z. B. der durch Trypanosomen hervorgerufenen Schlafkrankheit und der Lues des Zentralnervensystems. Verwertbar in diagnostischer Beziehung sind vielmehr allein die im Gewebe ohne direkte Beziehung zu den großen Gefäßen liegenden Zellherde und Zellveränderungen, und diese weisen zweifellos die größte Ähnlichkeit bei den beiden Erkrankungsformen auf. Im übrigen bin ich weit davon entfernt, aus den histologischen Befunden allein bindende Schlüsse auf die Ätiologie zu ziehen, zumal wenn es sich um ein noch so wenig gesichertes Gebiet wie das der pathologischen Histologie akuter Hirnkrankheiten handelt, — ich will vielmehr die histologische Ähnlichkeit nur als eine allerdings nicht unwesentliche Erscheinung neben andern bewertet wissen, die eine Schlußfolgerung in einer bestimmten gleich zu erörternden Rich-



tung nahelegen. Ich erwähnte schon, daß der zeitliche Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Grippe und dem gehäuften Auftreten von Enzephalitis-Fällen, ganz abgesehen von einzelnen Beobachtungen, deren klinisches Verhalten den Zusammenhang der Enzephalitis mit einer vorausgegangenen Grippe noch näher legt, dafür spricht, daß ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Grippe und den Enzephalitis-Fällen, die hier in Betracht kommen, vorliegt. Von der Grippe wissen wir nun, daß hier ein Diplokokkus, der die größte Ähnlichkeit mit dem Diplococcus pleomorphus von *v. Wiesner* aufweist, ja häufig mit ihm identisch ist, fast regelmäßig auf den katarrhalisch veränderten Schleimhäuten in den erkrankten Lungenpartien angetroffen wird. Wir haben alle Ursache anzunehmen, daß dieser Diplokokkus in Symbiose mit dem Grippeerreger lebt. Diesen Grippeerreger kennen wir noch nicht. Ich bin auf Grund eigener und in Gemeinschaft mit *Bernhard* ausgeführter Untersuchungen, sowie zahlreicher Berichte aus neuerer Zeit jedenfalls zu der Überzeugung gelangt, daß der *Pfeiffer*sche Bazillus nicht der Grippeerreger ist. Die *v. Anger*schen und *Leske*schen Untersuchungen und die Versuche von *Selter* und *Leschke* an Menschen deuten andererseits darauf hin, daß der Grippeerreger ein filtrierbares Virus ist. Von der *Heine-Medin*schen Krankheit wissen wir, daß sie durch ein filtrierbares Virus hervorgerufen wird (*Flexner* und *Noguchi*), das sich rein züchten läßt und bei Affen die typische Poliomyelitis hervorruft. Die *Heine-Medin*sche Erkrankung ist eine Erkrankung des jugendlichen Alters — die Enzephalitis-Fälle, die wir gegenwärtig beobachten, betreffen ebenfalls mit Vorliebe jugendliche Leute —, ja, auch die Grippe selbst tritt jedenfalls während der jetzigen Epidemie durchgehend bei jugendlichen Menschen am schwersten auf. Schließlich scheint mir in diesem Zusammenhange nicht bedeutungslos, daß die erste größere Epidemie von *Heine-Medin*scher Erkrankung nachweislich im Jahr 1890 zur Beobachtung gekommen ist, also während der letzten großen Grippe-Epidemie, die in Europa beobachtet worden ist. Das sind doch so gewichtige Tatsachen, daß man sich der Einsicht nicht verschließen kann, daß hier gewisse Zusammenhänge bestehen, und daß die vorläufig noch unklare Ätiologie der hier in Betracht kommenden Enzephalitis in der angedeuteten Richtung zu suchen ist, d. h., daß höchstwahrscheinlich die Grippe-Enzephalitis wie die Grippe überhaupt durch ein filtrierbares Virus hervorgerufen wird, das dem Erreger der *Heine-Medin*schen Erkrankung verwandt ist. Der Beweis der Richtigkeit dieser Annahme steht natürlich noch aus und müßte durch geeignete Tierversuche erst erbracht werden. Leider steht uns das Tiermaterial, das nach den Erfahrungen bei der *Heine-Medin*schen Erkrankung am ehesten einen Erfolg versprechen würde, nämlich Affen, nicht zur Verfügung, und die wenigen bisher an Affen vorgenommenen Versuche (*Fejes*) scheinen mir noch nicht genügend beweisend. Bei dem großen Mangel dieser Versuchs-

tiere, der für die nächste Zeit noch unvermindert fortbestehen dürfte, ist deshalb in Deutschland wenigstens vorläufig nicht damit zu rechnen, daß die Frage einwandfrei geklärt wird. In der englischen Literatur findet sich allerdings, so z. B. bei *Henrietta A. Calhoun*, im Archiv of Neurology and Psychiatry aus dem Jahre 1920, die Bemerkung, daß Affenübertragungsversuche bei den Fällen von Encephalitis lethargica, wie sie seit dem Jahre 1918 dort verschiedentlich beobachtet wurden, ein negatives Resultat ergeben hätten. Genauere Angaben darüber habe ich jedoch nicht finden können, so daß es mir nicht möglich ist, zu dieser Angabe Stellung zu nehmen. Wenn aber auch die Richtigkeit derselben sich bestätigen sollte, so würde ich darin noch keinen Beweis gegen meine oben angeführte Ansicht erblicken. Denn die Annahme einer biologischen Verwandtschaft zwischen Grippe-Erreger und Enzephalitis-Erreger einerseits, Heine-Medin-Erreger andererseits bedingt ja durchaus nicht, daß ihr Verhalten im Tierkörper dasselbe sein muß. Ich will mich mit diesen kurzen Bemerkungen begnügen und gehe nun dazu über, Ihnen einige Mikrophotogramme histologischer Präparate meiner eigenen Beobachtung zu zeigen, wobei ich bemerke, daß die Untersuchungen noch nicht abgeschlossen sind und ich mir eine ausführliche Veröffentlichung an anderer Stelle vorbehalte.

Die Fälle betreffen drei Beobachtungen aus dem Jahre 1918 vor Beginn der großen Grippe-Epidemie. Diese Fälle verliefen sämtlich unter dem Bilde der Encephalitis lethargica. Die Krankheitsdaten, soweit sie mir bekannt sind, werde ich Ihnen gleich mitteilen. Ferner finden sich unter meinen Fällen drei Beobachtungen aus der allerletzten Zeit, der Zeit des Wiederauflebens der Grippe-Epidemie in unserer Stadt. Zum Schluß folgen einige Bilder von Fällen typischer *Landry*scher Paralyse und spinaler Kinderlähmung aus früheren Jahren.

Gruppe I: Fälle sog. Encephalitis lethargica.

Fall 1: Krankengeschichte: 15 J. altes Mädchen wird mit hohem Fieber, Zeichen von Benommenheit, ohne sonstige Symptome von seiten des Nervensystems, in das Krankenhaus eingeliefert. Der Lumbaldruck ist erhöht, der Liquor klar, ohne Gerinnsel und ohne vermehrten Lymphozytengehalt. Der Tod erfolgt nach acht Tagen, ohne daß das klinische Bild sich während dieser Zeit wesentlich ändert.

Die Sektion (Protokoll Nr. 99/18) ergibt broncho-pneumonische Herde in beiden Lungen, Hyperämie und Ödem des Gehirns, des Rückenmarks, sowie der Meningen. Im übrigen ist der Sektionsbefund vollständig negativ. Auch ein Status lymphaticus ist nicht vorhanden.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt disseminierte interstitielle, vorzugsweise perivaskuläre Entzündungsherde in der grauen Substanz des Rückenmarks mit besonderer Bevorzugung der Vorderhörner, in der Medulla oblongata, in der Brückengegend und in besonders ausgedehntem Maße im Bereich des Thalamus opticus und des Linsenkerns. Die Groß-



hirnrinde und das Marklager des Großhirns sind frei von Veränderungen. Ebenso werden in den weichen Häuten des Rückenmarks und des Gehirns keine Zellinfiltrate gefunden. Die Zellinfiltrate bilden z. T. dicke Mäntel um die Gefäße herum (s. Abb. 1, Schnitt aus Thalamus opticus), z. T. finden sie sich jedoch auch in Gestalt kleiner Häufchen und mehr zerstreut im Gewebe ohne nachweisbare Beziehung zu den Gefäßen. Was den Charakter dieser Zellen anbetrifft, so finden sich in den perivaskulären Zellmänteln vorzugsweise kleine Rundzellen vom Typus der Lymphozyten und etwas größere Zellen, die das typische Aussehen von Plasma-

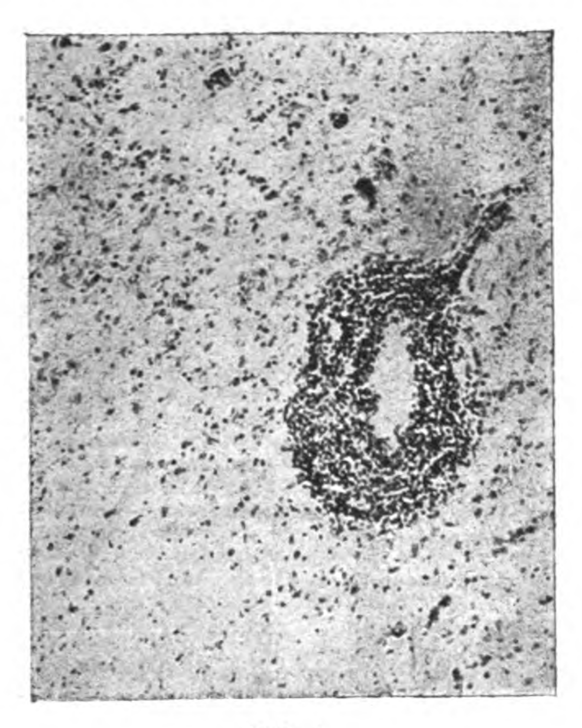


Abb. 1.

zellen haben. Daneben werden noch Zellen mit länglichen, vielfach auch etwas gebogenen Kernen hierselbst gefunden, die teils kleiner, teils größer wie die erstgenannten Zellen sind, sich durch chromatinarme Kerne und helles Protoplasma auszeichnen und gelegentlich Einschlüsse von Pigmentkörnchen aufweisen. Diese Zellen sind nicht einheitlicher Natur und stammen wahrscheinlich sowohl von dem Gefäßbindegewebe wie von dem Gliagewebe ab. Die im Gewebe gelegenen Zellen setzen sich aus den gleichen Zellformen zusammen, jedoch überwiegen hier vielfach die letzterwähnten Zellen. Innerhalb der Gewebsinfiltrate ist eine deutliche Auflockerung des Gliagewebes, vielfach auch körniger Zerfall desselben nachweisbar. Die Ganglienzellen sind besonders im Bereich der Großhirnganglien z. T. schwer verändert, zeigen scholligen und körnigen Zerfall, sowie Verlust der Kernfärbung; auch Neuronophagie wird beobachtet.

Fall 2: Krankengeschichte: 22 J. alte Arbeiterin wird hochfiebernd in schlafähnlichem Zustand, aus dem sie nur selten für kurze Momente zum Bewußtsein kommt, in das Krankenhaus eingeliefert und stirbt hier drei Tage später, ohne daß besonders lokalisierbare Erscheinungen von seiten des Nervensystems beobachtet werden.

Die Sektion (Protokoll 214/18) ergibt hochgradige Hyperämie des Gehirns und der Hirnhäute, sowie frische Blutungen im Bereich der weichen Häute in der Umgebung des linken Schläfenlappens. Im übrigen ist der Befund vollständig negativ, auch ein Status lymphaticus ist nicht vorhanden.

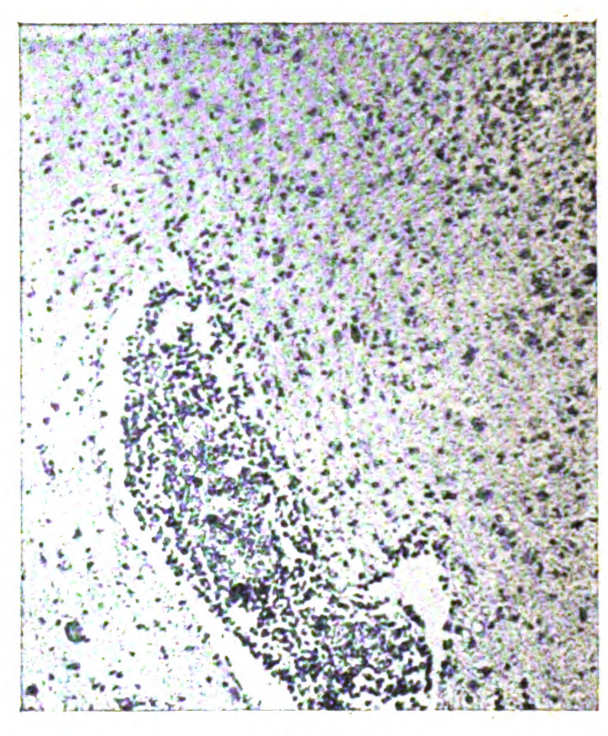


Abb. 2.

Mikroskopischer Befund: Es werden im wesentlichen die gleichen Veränderungen im Zentralnervensystem gefunden wie im Falle 1, nur mit dem Unterschied, daß das Rückenmark, abgesehen von einzelnen kleinen Blutungen in der grauen Substanz des Halsmarks, frei von Veränderungen gefunden wird, und daß die entzündlichen Herde beschränkt sind auf die Thalami optici, die Streifenhügel und die Brückengegend (vgl. Abb. 2, Schnitt aus Linsenkern). Die Zellformen, auch die Lokalisation der entzündlichen Zellinfiltrate, sind im wesentlichen die gleichen wie im Falle 1. Auch die Ganglienzellen zeigen wiederum z. T. schwere, degenerative Veränderungen. Auf eine ausführliche histologische Beschreibung kann unter Hinweis auf Fall 1 verzichtet werden.

Fall 3: Krankengeschichte: 17 J. altes Mädchen wird hochfiebernd in komatösem Zustand ohne sonstige lokalisierbare Erscheinung von seiten des Nervensystems in das Krankenhaus eingeliefert und stirbt daselbst nach drei Tagen.

Die Sektion (Protokoll Nr. 228/18) ergibt folgenden Befund: Hyperämie des Gehirns, des Rückenmarks sowie der Meningen, bronchopneumonische Herde. Milztumor geringen Grades. Im übrigen ist der Befund negativ. Auch ein Status lymphaticus ist nicht vorhanden.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt wiederum die gleichen Verhältnisse wie im Falle 1. Hervorzuheben ist nur, daß das Rückenmark hier in ganzer Ausdehnung neben dem Hirnstamm und den Großhirnganglien mit betroffen ist.

Gruppe II: Fälle sog. Grippe-Enzephalo-Myelitis.

Fall 4: Krankengeschichte: 20 J. alter Arbeiter, der im Laufe der letzten sechs Wochen — ob im Anschluß an eine Grippe, ist mit Bestimmtheit nicht festzustellen — zweimal einen Anfall von Bewußtlosigkeit mit Krämpfen gehabt haben soll, wird mit leichtem Fieber in das Krankenhaus eingeliefert. Er macht einen etwas schläfrigen Eindruck, wird zunächst für einen Hysteriker gehalten, bis eine Fazialislähmung deutlich in Erscheinung tritt, und stirbt in der Nacht nach seiner Aufnahme. (Vgl. *Kruse*, der den Fall vom klinischen Gesichtspunkt ausführlich erörtert hat; Bericht dieser Tagung.)

Die Sektion (Protokoll Nr. 61/20) ergab außer Hyperämie des Gehirns und des Rückenmarks, der Meningen keinen besonderen Befund.

Die mikroskopische Untersuchung ergab wiederum die gleichen Veränderungen, wie sie im Falle 1 beschrieben sind. Die Sehhügel, die Streifenhügel, die graue Substanz in der Umgebung des Aquädukt, des 4. Ventrikels, ferner die graue Substanz des Rückenmarks in ganzer Ausdehnung desselben weisen disseminierte, interstitielle Zellinfiltrate auf, die teils perivaskulär gelegen sind und die bekannten dicken Zellmäntel bilden, teils verstreut im Gewebe liegen. Die Zellformen sind die gleichen wie im Falle 1, auch die Veränderungen an den Ganglienzellen, wie sie dort beschrieben sind, finden sich hier.

Die bakteriologische Untersuchung des Gehirns und des Rückenmarks ergibt einen negativen Befund.

Fall 5: Krankengeschichte: 19 J. alter Arbeiter erkrankt mit Fieber und Bronchialkatarrh, bekommt dann ausgesprochene Hysterieerscheinungen (vollkommene Anaesthesia dolorosa), schließlich tritt leichte Fazialisparese auf, er wird benommen und stirbt. (Vgl. wiederum *Kruse* an derselben Stelle.)

Die Sektion (Protokoll Nr. 114/20) ergibt wiederum außer der Hyperämie des Gehirns, des Rückenmarks und der Meningen einen vollständig negativen Befund.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt wiederum die gleiche Ver-



änderung, wie sie oben beschrieben worden ist. Hervorzuheben ist nur, daß das Rückenmark in diesem Falle frei von Entzündungsherden und Blutungen gefunden wird.

Fall 6: Dieser Fall ist deshalb von besonderem Interesse, weil er klinisch das Bild der Encephalitis lethargica bot, während er zeitlich mit dem letzten in unmittelbarem Anschluß an die letzten größeren Grippe-Epidemien beobachteten Falle zusammenfällt. Aus der Anamnese dieses Falles erwähne ich, daß er vor vier Wochen mit Husten und Schnupfen erkrankt ist und damals auch Fieber gehabt hat, daß also zweifellos die ersten Erscheinungen den Symptomenkomplex der Grippe dargeboten haben. Dann haben sich bei ihm Kopfschmerzen eingestellt, die zeitweise so stark waren, daß er das Bett hüten mußte. Schließlich stellte sich bei ihm ein mit Fieber verbundener schlafähnlicher Zustand ein, aus dem er nur selten für kurze Zeit erwachte. Der behandelnde Arzt schöpfte Verdacht auf Typhus und schickte ihn deshalb ins Krankenhaus. Hier starb er nach fünf Tagen, ohne weitere besonders charakteristische Symptome, als die andauernde tiefe Somnolenz, dargeboten zu haben.

Die Sektion (Protokoll Nr. 216/20) ergab außer broncho-pneumonischen Herden in beiden Lungen und außer einer ausgesprochenen Hyperämie des Gehirns keinen besonderen Befund.

Die mikroskopische Untersuchung ergab wiederum die gleichen entzündlichen Veränderungen, wie sie oben näher beschrieben worden sind, im verlängerten Mark. Von Interesse ist nur, daß die Großhirnganglien in diesem Falle, soweit Schnitte davon bisher angefertigt werden konnten, frei von entzündlichen Veränderungen gefunden wurden. Das Rückenmark ist leider bei der Sektion nicht herausgenommen worden.

Vergleichen Sie mit den Bildern, wie ich Sie Ihnen eben gezeigt habe, die nachfolgenden von Fällen typischer Poliomyelitis acuta und *Landry*scher Paralyse aus früheren Jahren, so werden Sie zugeben müssen, daß ein Unterschied, abgesehen von der etwas geringeren Stärke der perivaskulären Zellmäntel in den Fällen von *Heine-Medin*scher Erkrankung, nicht festzustellen ist.

Auch die Lokalisation ist, was ich ganz besonders hervorheben möchte, bei den Fällen von *Heine-Medin*scher Erkrankung die gleiche. Auch bei dieser Erkrankung ist es, um das nur kurz zu erwähnen, seit den Untersuchungen von *Wickmann* u. a. bekannt, daß das Rückenmark frei von Veränderungen bleiben kann und die ausgesprochensten Entzündungsherde sich im Gebiete des Hirnstammes finden.

Vorkastner-Greifswald: Über Beziehungen zwischen amyostatischem und pseudobulbärparalytischem Symptomenkomplex.

Gemeint sind speziell diese Symptomenkomplexe, soweit sie an die Krankheitsbilder der Paralysis agitans und der arteriosklerotischen Pseudobulbärparalyse gebunden sind.



Gelegentlich kann die Differentialdiagnose zwischen Paralysis agitans und Pseudobulbärparalyse Schwierigkeiten bereiten. Beides sind Erkrankungen des vorgerückten Lebensalters. Die Pseudobulbärparalyse beginnt nicht immer mit deutlichen Insulten. Schwindelanfälle können auch bei der Paralysis agitans auftreten, se es durch begleitende Arteriosklerose, sei es, wie manche meinen, der Erkrankung selbst zukommend. Die Extremitätenerscheinungen bei der Paralysis agitans können mehr oder minder stark ausgebildet sein, können einen hemiparetischen Typus darbieten mit Nachschleifen des befallenen Beines.

Vor allem aber kommt der Umstand in Betracht, daß Bulbärerscheinungen im Bilde der Paralysis agitans hervortreten können, teilweise schon frühzeitig (*Bruns*). Da sich in den betreffenden Fällen in der heimgesuchten Bulbärmuskulatur auch das Zittern der Paralysis agitans zeigte, so ist mit *Bruns* zu schließen, daß die Funktionsstörungen auf der gleichen, mit Steifigkeit und Verlangsamung der Bewegungen verbundenen Parese beruhten, die auch die übrigen Muskeln an Rumpf und Extremitäten in vorgeschrittenen Fällen von Schüttellähmung aufzeigen, daß sich die mitgeteilten Fälle nur auszeichneten durch eine besondere Schwere im bulbären Gebiet.

Was den Speichelfluß betrifft, so wäre eine einfache Erklärung die, daß er durch ein mangelhaftes Schlucken des Speichels hervorgerufen wird. *Bruns* lehnt aber in Übereinstimmung mit *Oppenheim* diese Erklärung ab, da der Speichelfluß manchmal schon vorhanden sei, ehe erkennbare Bulbärstörungen vorliegen. Diese Ablehnung erscheint ohne genaue Registrierung der Zahl der Schluckbewegungen nicht gerechtfertigt. Nach Ansicht des Vortragenden kommt die fragliche Erklärung in erster Linie in Betracht, da die Erscheinung des Speichelflusses bei allen bulbären Lähmungen, seien sie nun bulbär oder pseudobulbär oder andersartig bedingt, in gleicher Weise auftritt.

Auch Augenmuskelstörungen sind beobachtet. Einen einschlägigen Fall hat Vortragender im Jahre 1905 im Berliner Psych. Verein demonstriert. Bei einem Manne in den sechziger Jahren waren seit einigen Jahren Schwindelerscheinungen aufgetreten. Gang und Haltung glichen durchaus der Paralysis agitans. Es wurde über Speichelfluß geklagt; vor allem aber bestand eine erhebliche Einschränkung der Augenbewegungen nach allen Richtungen hin, besonders nach oben und unten.

Das Merkwürdigste aber war: diese Augenmuskelstörungen trugen zeitweilig den Charakter der supranukleären Blicklähmung, der Pseudoophthalmoplegia *Wernicke*s, d. h. die Muskeln gehorchten nicht dem Willensimpuls, dagegen gelang eine ziemlich ausgiebige Einstellung, wenn Gegenstände mit dem Blick verfolgt wurden. Gerade dieses Verhalten gab im Verein mit den Schwindelanfällen Veranlassung, die Differentialdiagnose: Paralysis agitans oder Pseudobulbärparalyse, resp. Arteriosklerose mit teilweiser pseudobulbärer Lokalisation, eingehend zu erörtern. Für wen



es freilich erwiesen ist, daß die Paralysis agitans nur eine besondere Lokalisation der zerebralen Arteriosklerose darstellt, daß sie durch dieselben vaskulären Veränderungen hervorgerufen wird, für den ist diese ganze Fragestellung hinfällig, für den kommt nur eine lokalisatorische Fragestellung in Betracht, höchstens noch die Frage nach der Größe der Herde.

Zu einer sicheren Entscheidung war nicht zu gelangen. Augenmuskelstörungen kommen aber bei der Paralysis agitans vor, und ebenso bei der *Wilson*schen Krankheit, gewöhnlich nur leicht, Verlangsamung der Augenbewegungen, Schwierigkeit der Konvergenz. Über schwerere Augenmuskelstörungen dieser Art wissen wir wenig. Wenn man aber bedenkt, wie hilflos die Paralysis agitans-Kranken in vorgerückten Stadien sind, wie sie sich nicht umdrehen, nicht vom Stuhle aufstehen können, und weiter bedenkt, wie schwer auch die sonstige Bulbärmuskulatur beteiligt sein kann, so wird man sogar mit der Möglichkeit recht erheblicher Störungen rechnen müssen, die eine Ophthalmoplegie vortäuschen können. Das pseudobulbäre Verhalten, das übrigens auch *Janischewsky* beobachtet hat, ist vielleicht nur ein scheinbares. Es erinnert etwas daran, wie manchmal bei dem schwer beweglichen Kranken nur ganz leichte Hilfeleistungen genügen, um eine Bewegung zustande zu bringen.

Die Paralysis agitans kann in allen möglichen Muskelgebieten beginnen, in den Beinen, in einem Arm, kann hemiparetisch auftreten. Es besteht sehr wohl die Möglichkeit, daß auch einmal bulbäre Gebiete in einem Frühstadium ergriffen werden, daß es eine Art bulbären Typus der Paralysis agitans gibt, und daraus ergeben sich, wie im angezogenen Fall, differentialdiagnostische Schwierigkeiten.

Bei einer zweiten Gruppe kann die Diagnose der Paralysis agitans ausgeschlossen werden, es sind sichergestellte Fälle von Pseudobulbärparalyse, es liegen mehr oder minder schwere Bulbärlähmungen resp. zerebrale Bulbärlähmungen vor, nachweisbar entwickelt aus apoplektischen Insulten heraus. Auch die Extremitäten sind beteiligt, speziell beim Gehen. Untersucht man aber die Extremitäten, so fehlen Pyramidenbahnsymptome — sie sind vielleicht anfänglich vorhanden gewesen —, und wenn sie vorhanden sind, so erklären sie doch nicht den Charakter der Gangstörung, denn es zeigt sich hier nicht der spastische, zirkumduzierende Gang, sondern er erfolgt mit eigentümlich kleinen Schritten, wobei die Kniegelenke leicht gebeugt werden und die Fußsohlen am Boden kleben, eine Gangart, welche ebenso wie die vornübergebeugte Körperhaltung an die Paralysis agitans erinnert (*Jakob*, *Déjerine*, *Jelgersma*). Ein solches Verhalten ist bei pseudobulbärparalytischen Kranken gar nicht selten zu beobachten. Die Untersucher sind manchmal viel zu sehr auf das Lehrbuchbild der spastischen Parese eingestellt. Schon die Tatsache, daß in solchen Fällen die Beine stärker beteiligt erscheinen als die Arme, umgekehrt wie bei der Hemiplegie, sollte stutzig machen.



Wo Pyramidenbahnerscheinungen vorhanden sind, braucht immer noch kein spastischer Gang vorhanden zu sein.

Im Besitz der *Wilson*schen Entdeckung wird man bei diesen Dingen lebhaft daran erinnert, daß gerade die Putamina der Linsenkerne der Lieblingssitz der Herde der arteriosklerotischen Pseudobulbärparalyse sind. Ist man doch aus diesem Grunde so weit gegangen, in den Linsenkernen ein sekundäres Phonations- und Deglutitionszentrum erblicken zu wollen. Das ist wohl nicht richtig. Dagegen weisen anatomische Feststellungen darauf hin, daß die kortikobulbären Bahnen nicht nur benachbart verlaufen, sondern zu einem allerdings nur kleinen Teil auch den Linsenkern durchkreuzen. Der Linsenkern wäre also ein Ort, wo kortikobulbäre und amyostatische Nervenelemente sich ganz besonders naheliegen.

Aber angesichts einer gewissen Unbestimmtheit und der Vielheit lokalisatorischer Möglichkeiten tut man gut, vorläufig von bestimmten Örtlichkeiten und Bahnen abzusehen, sondern lediglich nach Art der Gruppendiagnose für derartige Beobachtungen das große zerebro-zerebellare System unter Angliederung des Linsengebietes ins Auge zu fassen. Dessen Bedeutung für die Pseudobulbärparalyse ist verschiedentlich gewürdigt. Die Pseudobulbärparalyse ist keine Erkrankung, die sich einheitlich aus einer Läsion der Pyramidenbahnen und der entsprechenden kortikobulbären Bahnen erklären läßt, sondern je nach Eigenart der Lage der multiplen Herde werden auch andere Bahnsysteme ergriffen, und hier kommt vor allen Dingen das Zerebro-Zerebellare in Betracht. *Jelgersma* geht sogar noch einen Schritt weiter. Er versucht überhaupt die Pseudobulbärparalyse ganz wesentlich aus dem Pyramidenbahnsystem hinauszuschieben auf das Gebiet zerebro-zerebellarer Bahnen, wobei er einerseits der frontopontinen Bahn, andererseits auch dem Linsenkern eine bedeutungsvolle Rolle einräumt. Er bezieht sich dabei auch vor allem auf die Sprachstörung, die den Kern der pseudoparalytischen Erscheinungen bildet, und weist darauf hin, daß diese häufig in einem Mißverhältnis zu den Lähmungserscheinungen stehe, mehr den Charakter einer Koordinationsstörung trage. Erscheinungen von seiten zerebro-zerebellarer Bahnen seien das Wesentliche und Konstante bei der Pseudobulbärparalyse; wo Pyramidenbahnerscheinungen vorhanden seien, seien sie etwas Seltenes und Akzidentelles. Ob das zutrifft, steht dahin. Von anderer Seite, besonders von anatomischen Untersuchern, ist betont worden, daß die Pyramidenbahnen regelmäßig affiziert seien. Träfe die Ansicht *Jelgersmas* zu, so hätte eigentlich der Ausdruck Pseudobulbärparalyse nur eine historische Berechtigung.

Bestehen bleibt die wahrscheinliche Häufigkeit der Beteiligung zerebro-zerebellarer Bahnen. Daher auch die Häufigkeit Paralysis agitansartiger Bilder.

Noch einer Erscheinung ist zu gedenken, das ist der Trismus bei der Pseudobulbärparalyse. Verhältnismäßig selten zeigt sich bei der Pseudo-



bulbärparalyse ein Trismus. So in einem Falle eigener Beobachtung im unmittelbaren Anschluß an den auslösenden Insult, und zwar so hochgradig, daß längere Zeit zu einer Schlundsondenfütterung geschritten werden mußte. Daneben bestand eine schwere Schlund-, Zungen- und Gesichtsmuskellähmung und eine spastische Hemiparese auf einer Seite.

Es ist sicher das Nächstliegende, solche Trismen als eine spastische Kontraktur aufzufassen, analog den Pyramidenbahnspasmen an den Extremitäten, und diese Deutung hat Vortragender gelegentlich einer Demonstration im Greifswalder Medizinischen Verein gegeben, wobei aber die Möglichkeit eines amyostatischen Ursprungs erörtert wurde. Ungeachtet der größeren Wahrscheinlichkeit der anderen Erklärung im erwähnten Fall ist diese Möglichkeit dadurch nähergerückt, daß Trismuserscheinungen im amyostatischen Bilde vorkommen. So bot ein Patient *Stöckers* mit *Wilson*scher Erkrankung trismusartige Erscheinungen dar, und zwar so stark, daß er gewohnt war, ständig die Zähne mit einem Streichhölzchen auseinanderzusperren. Auch *Strümpell* muß nach seinem letzten Aufsatz derartige Beobachtungen gemacht haben; so bei amyostatischen Komplexen nach Kohlenoxydvergiftungen. *Strümpell* ist sogar geneigt, die Erscheinungen des Tetanus als ein amyostatisches Syndrom aufzufassen. Es verdient gesagt zu werden, daß der Trismus im angezogenen Falle Sonderheiten trug; es handelte sich um eine Frühkontraktur, eine für die Pyramidenbahnkontrakturen immerhin seltene Erscheinung, die Masseterreflexe waren nicht gesteigert, der Trismus bildete sich unter der Beobachtung sehr erheblich zurück, was auch für eine Pyramidenbahnkontraktur ungewöhnlich erscheint. Jedenfalls muß damit gerechnet werden, daß derartige Trismen bei Pseudobulbärparalyse ein amyostatisches Symptom darstellen.

Die Rolle zerebellarer und amyostatischer Bahnen bei der Pseudobulbärparalyse klarzulegen, besonders an der Hand der anatomischen Befunde, wird Aufgabe weiterer Beobachtungen sein.

Mercklin-Treptow a. R.: Über habituelle und periodische Schlafstörungen.

Während die Behandlung der Schlafstörungen immer wieder in der medizinischen Tagespresse besprochen wird (meist sind es allerdings nur Mitteilungen über neue Schlaf- oder Betäubungsmittel), ist die Symptomatologie und Klinik der Schlafstörungen selten Gegenstand der Untersuchung. Und doch hat die Forschung über diese weitverbreiteten Störungen noch viel aufzuklären, wenn auch sehr bemerkenswerte Arbeiten bereits vorliegen (*Lechner*, *Trömner* u. a.). Der Begriff der „nervösen Schlafstörung“ ist nicht scharf begrenzt; vermutlich ein Sammelbegriff, in welchem verschiedenartige, abgrenzbare Formen der Schlafstörung enthalten sind. Zu Untersuchungen fordern namentlich die periodischen Schlafstörungen auf. Für *M.* steht seit Jahren fest, daß gewisse Formen

derselben in enger Beziehung zur manisch-depressiven Veranlagung stehen. Und zwar entsprechen die einzelnen Anfälle dieser Schlafstörung nicht nur leichten periodischen Depressionen (wie *Gaupp* und *Ballet* annehmen), sondern es gibt auch Anfälle von periodischen Schlafstörungen, welche in der Symptomatologie der Schlafstörung den manischen bzw. hypomanischen Perioden entsprechen. *M.* schildert beide Typen, den depressiven Typus: „den Hackschlaf" (Bezeichnung stammt von einem Patienten), und das mehr weniger „euphorische Wachliegen" nach kurzem Einschlafen (manischer Schlaftypus). Auch kommen bei periodischen Schlafstörungen Mischzustände beider Arten der Schlafkürzung vor. Diese Formen der Schlafstörung sind also ein Erbteil aus manisch-depress. Familienstamm, können als fast einziges Stigma einer man.-depr. Anlage vererbt werden. *M.* sah sie einmal in vier Generationen vererbt (Demonstration der Stammtafel.) Bei dieser Form der periodischen Schlafstörung ist auch öfters der Nachmittagschlaf in charakteristischer Weise verändert. In manchen Fällen bestehen bestimmte Beziehungen des Eintretens der Schlafstörung zur Jahreszeit (Frühjahrsgipfel). Die sonst gut charakterisierte Schlafstörung bei Arteriosklerose kann ein intermittierendes Verhalten zeigen und an periodische Schlafstörungen erinnern. — Es gibt außerdem noch eigenartige Fälle von periodischen Schlafstörungen, welche der man.-depr. Anlage fernstehen und weiterer Untersuchung bedürfen. *M.* schildert einen derartigen Fall mit eigenartigem An- und Abschwellen der Schlafstörung und Polyurie. *M.* streift die Beziehungen der periodischen Schlafstörungen zu Migräne und Basedow und die Theorie der Genese, Störungen der inneren Sekretion. Bei Besprechung der Behandlung wird für gewisse Fälle die Anwendung von Opium empfohlen. (Der Vortrag ist zur Veröffentlichung bestimmt.)

Hans Krisch-Greifswald: Probleme der psychiatrischen Diagnostik.

Die zahlreichen Arbeiten aus jüngster Zeit über neue Forschungsmöglichkeiten in der Psychiatrie deuten darauf hin, daß ein gewisser Stillstand eingetreten ist. Einige Gründe werden dargelegt. Der Hauptgrund sei, daß man in dem Streben nach Krankheitseinheiten über das Ziel hinausgeschossen sei. Jede wissenschaftliche Richtung neige zur Übertreibung. Darauf erfolge dann ein Rückschlag in das entgegengesetzte Extrem. Unerwartete Nebenbefunde wären oft das einzig Überdauernde solcher Bestrebungen. Um die heutigen Kämpfe zu verstehen, müsse man die historische Entwicklung berücksichtigen.

Es wird insbesondere die *Wernicke-Kleist*sche Richtung kritisch dargestellt. Es werde so vielleicht gelingen, den Begriff der katatonischen Symptome einzuschränken, etwa ähnlich wie es gelungen sei, aus dem Begriff der Hysterie die Chorea auszusondern. Man dürfe nur auch hier nicht zu weit gehen und glauben, mit diesem System zu einer Lokalisation



von psychischen Einheiten zu kommen. Bisher habe man so nur neurologische Endapparate höherer Ordnung an der Schwelle des Psychischen gefunden.

Einen wesentlichen Fortschritt bilde das *Kahlbaum-Kräpelin*sche „klinische" System und habe darum auch eine ausgedehnte Verbreitung gewonnen. Als deskriptiv-genetisches (*J. Schröder*) sei es als das zur Zeit Fortgeschrittenste anzusehen. Rein psychische Krankheitsentitäten habe es allerdings nicht geliefert. Das Streben nach der Krankheitseinheit sei jedoch auf manchen Gebieten als Arbeitshypothese beizubehalten. — Auf das abstrahierende Suchen nach Krankheitseinheiten folge heute ein Rückschlag, der wieder mehr die Struktur der Psychosen berücksichtige. Am scharfsinnigsten seien neuerdings diese Bestrebungen von *Birnbaum* in seinem „Aufbau der Psychose" erörtert worden. Das Stichwort laute „polymorphe Diagnostik", „Strukturanalyse" u. dgl.

Auf die Übertreibung der hirnanatomischen bzw. physiologischen Betrachtungsweise erfolge heute eine zunehmende Hinwendung zur Psychologie. Auf die Gestaltung der neueren psychiatrischen Forschung sei der Einfluß der *Jaspers*schen Anschauungen von großem Einfluß gewesen. Auch im Psychologischen müsse man sich vor der Übertreibung einzelner Gesichtspunkte hüten, wie etwa der Verallgemeinerung der Assoziationspsychologie, insbesondere der Leistungspsychologie, die nur in niederen Regionen des Psychischen bleibe. Für die komplexen psychischen Leistungen müsse man die subjektive Psychologie, „den Ausgangspunkt aller Fragestellung", heranziehen. Phänomenologische Analyse, scharfe Begriffsbildung, reine Methodik seien anzustreben. Auch hier müsse man sich davor hüten, zu übertreiben und gewissermaßen eine „deskriptive Anatomie" des Seelischen als idealen Endzustand der Forschung hinzustellen. Man dürfe das Psychische nicht dinghaft auffassen, müsse auch hier die phylogenetische Betrachtungsweise berücksichtigen und auf die Genese der psychischen Elemente achten.

Da auch die Psychiatrie von dem Zeitgeist nicht unbeeinflußt bleibe, so sei es verständlich, daß auch hier die biologische Betrachtungsweise, die Konstitutionspathologie ihren großen Einfluß ausübe.

Was die spezielle Psychiatrie angehe, so wird im Bereich des im weiten Sinne degenerativen Irreseins der *Bumke*sche Standpunkt eingenommen. Bezüglich der Dementia praecox-Gruppe wird gegen die Überdehnung dieses Begriffes durch *Bleuler* Stellung genommen. Ein Auflösungsprozeß mache sich hier geltend. Typenforschung und Gruppenbildung trete ein. Ein wesentlicher Fortschritt aber werde nur erreicht werden können, wenn man in der Erkenntnis, was primäre, was sekundäre Symptome seien, voran komme.

Im Bereich der organischen Psychosen könne man von der Anatomie, Physiologie, Serologie, inneren Sekretion, mit einem Wort von der somatischen Erforschung wesentliche klassifikatorische Momente erwarten.



Auch sei dabei das *Bonhöffer*sche Prinzip der Mischung von exogenen und endogenen Faktoren sehr beachtenswert. Im Bereich des Körperlichen müsse man sich ebenfalls abgewöhnen, nur immer eine Ursache zu verlangen. Konditionale Betrachtungsweise! Vielheit der Ursachen sei u. a. schon 1903 von *Gaupp* betont worden, könne also wenigstens in der Psychiatrie nicht als unbedingt neu anerkannt werden. Bei der Erforschung der innersekretorischen Erkrankungen und ihrer psychischen Begleiterscheinungen müsse man sich vor Übertreibung des ätiologischen Gesichtspunktes hüten, vielmehr den konstitutionell-biologischen stark in den Vordergrund stellen.

Die Erforschung der Psychosen habe gleichberechtigt auf somatischem und psychologischem Gebiete vor sich zu gehen. Jede Richtung müsse mit den ihr adäquaten Methoden betrieben werden. Der psychologischen Richtung müsse zugegeben werden, daß sie sich vorwiegend über die eben aufgestellte Forderung klar sei. Die im weitesten Sinne somatische Betrachtungsweise neige häufig dazu, die Psychologie zu unterschätzen, ohne die die Psychiatrie nur Neurologie bleibe, mithin z. B. die Mißentwicklung einer Persönlichkeit folgerichtig als nicht in ihr Arbeitsgebiet gehörig ablehnen müßte.

Niesel.

Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Hamburg am 27. und 28. Mai 1920.

Die Sitzungen finden in der Staatskrankenanstalt und psychiatrischen Klinik Friedrichsberg-Hamburg statt.

Anwesend die Herren: *Abraham*-Schleswig, *Alexander*-Berlin, *Aschaffenburg*-Köln, *Ast*-Werneck, *Baender*-Schoppinitz, *Barbo*-Pforzheim, *Baumann*-Landsberg, *Bausen*-Lauenburg, *Bendixsohn*-Berlin, *Benning*-Bremen, *Berze*-Wien, *Boedeker*-Schlachtensee, *Boettiger*-Hamburg, *Bonhoeffer*-Berlin, *Bostroem*-Rostock, *Bratz*-Dalldorf, *Bräuner*-Lüneburg, *Brennecke*-Hamburg, *Brunst*-Pirna, *Buttenberg*-Freiburg i. Schl., *Buchholz*-Hamburg, *Chotzen*-Breslau, *Cohen*-Hamburg, *Dabelstein*-Schleswig, *Deiters*-Düren, *Delbrück*-Bremen, *Deutsch*-Treptow, *Dietze*-Alzey Rhh., *Dinter*-Brieg, *Dluhosch*-Obrawalde, *Dräseke*-Hamburg, *Drechsler*-Hannover, *Dreius*-Hamburg, *Drews*-Stettin, *Dubbers*-Allenberg, *Ehlers*-Potsdam, *v. Ehrenwall*-Ahrweiler, *Ehrke*-Nietleben, *Eichelberg*-Hedemünden, *Encke*-Lauenburg, *Esser*-Düsseldorf, *Facklam*-Suderode, *Falkenberg*-Berlin, *Fehsenfeld*-Neuruppin, *Fischer*-Gießen, *Fischer*-Schwerin, *Fischer*-Wiesloch, *Flügge*-Bedburg-Hau, *Gerlach*-Königslutter, *Glüh*-Hamburg, *v. Grabe*-Hamburg, *Grimme*-Hildesheim, *Groß*-Schussenried, *Günther*-Süchteln, *Haberkant*-Hördt, *Hartwig*-Aplerbeck, *Havemann*-Rastenburg, *Hegemann*-Warstein, *Heintze*-Hannover, *Hellern*-Düsseldorf, *Henkel*-Hada



mar in Nassau, *Hermel*-Hamburg, ***Hermkes***-Eickelborn, ***Herting***-Galkhausen, *Herwig*-Marsberg, *Hinrichs*-Neustadt i. Holst., *Hösel*-Dresden, *Hoffmann*-Mühlhausen i. Th., *Holthausen*-Tapiau, *Hoppe*-Rinteln, *Hoppe*-Uchtspringe, *Horstmann*-Stralsund, *Husemann*-Bremen, *Hussels*-Landsberg, *Jakob*-Hamburg, *Jeß*-Eberswalde, *Josephy*-Hamburg, *Kafka*-Hamburg, *Kaltenbach*-Hamburg, *Kanis*-Eickelborn i. Westf., *Kalau vom Hofe*-Hamburg, *Kauffmann*-Hamburg, *Kersten*-Schwerin, *Ketz*-Bremerhaven, *Kirchhoff*-Schleswig, *Kirschbaum*-Hamburg, *Klebelsberg*-Hall i. Tirol, *Kleffner*-Münster, *Klewe-Nebenius*-Konstanz, *Kluge*-Potsdam, *Kluth*-Stralsund, *Knorr*-Neuruppin, *Koester*-Düren, *Körtke*-Hamburg, *Kolb*-Erlangen, *Kraepelin*-München, *Kreuz*-Kiel, *Kroemer*-Schleswig, *Kundt*-Deggendorf, *Laehr*-Wernigerode, *v. Landmann*-Hamburg, *Lange*-Jericho, *Langelüddeke*-Hamburg, *Langen*-Merzig, *Lantzius-Beninga*-Weilmünster, *Levy*-Hamburg, *Lienau*-Hamburg, *Liepmann*-Berlin, *Lua*-Hamburg, *Lüdemann*-Hamburg, *Lullies*-Kortau, *Lütgerath*-Neustadt i. Holst., *Lüttge*-Hamburg, *Maaß*-Leipzig, *Magiuma*-Hannover, *Marx*-Ahrweiler, *Maschmeyer*-Göttingen, *Mateus*-Haina, *Meggendorfer*-Hamburg, *Mehwed-Dschewdet*-Konstantinopel, *Mercklin*-Treptow, *Metz*-Neustadt i. Holst., *Meyer, E.*-Königsberg, *Mönch*-Wehnen, *Mönckemöller*-Hildesheim, *Mühlens*-Hamburg, *Müller*-Roda, *Nast*-Hamburg, *Neißer*-Bunzlau, *Neuberger*-Hamburg, *Neuhaus*-Düsseldorf, *Nitsche*-Leipzig, *Noessel*-Königsberg, *Nonne*-Hamburg, *Orthmann*-Süchteln, *Oßwald*-Gießen, *Paasche*-Suttrop i. Westf., *Peterssen-Borstel*-Plagwitz, *Peretti*-Düsseldorf, *Pette*-Hamburg, *Pfannmüller*-Homburg, *Pfeifer*-Nietleben, *Pietsch*-Tapiau, *Powels*-Kortau, *Prinzhorn*-Heidelberg, *Quaet-Faslem*-Rasemühle b. Göttingen, *Quickert*-Hamburg, *Rautenberg*-Hamburg, *Rehm*-Bremen, *Reichmann*-Dresden, *Rein*-Landsberg, *Reinelt*-Osnabrück, *Riedel*-Lübeck, *Rittershaus*-Hamburg, *Roemer*-Konstanz, *Rönne*-Langenhagen, *Röper*-Hamburg, *Roesen*-Lübben, *Runge*-Kiel, *Schäfer*-Hamburg, *Schedtler*-Merxhausen, *Schlomer*-Berlin, *Schmidt*-Alt-Scherbitz, *Schmidt*-Pfafferode, *Schneider*-Goddelau, *Schneider*-Osnabrück, *Schönebeck*-Buch b. Berlin, ***Schröder***-Greifswald, *Schütte*-Langenhagen, *Schulte*-Marsberg, *Schultz*-Dresden, ***Schultz***-Jena, *Schultze, E.*-Göttingen, *Schulze*-Sorau, *Schwabe*-Plauen i. V., *Seelig*-Berlin, *Siemens*-Stettin, *Sierau*-Hamburg, *Snell*-Herborn, *Snell*-Lüneburg, *Spliedt*-Brandenburg, *Sünner*-Berlin, *v. Sydow*-Ueckermünde, *Stern, E.*-Hamburg, *Stolzenburg*-Göttingen, *Stransky*-Wien, *Titius*-Allenberg, *Tuczek*-Marburg, *Viedenz*-Zehlendorf, *Vocke*-Eglfing, *Wagner*-Uchtspringe, *Wagner v. Jauregg*-Wien, *Walter*-Rostock, *Warnicke*-Kiel, *Wattenberg*-Lübeck, *Weber*-Chemnitz, *Werner*-Heppenheim, *Wetzel*-Heidelberg, *Weygandt*-Hamburg, *Wiehl*-Düsseldorf, *Witte*-Bedburg-Hau, *Woernlein*-Teupitz, *Zeiß*-Marburg, ***Zendig***-Hamburg, *Ziertmann*-Bunzlau, *Zimmermann*-Hamburg, *Zinn*-Eberswalde. **Insgesamt 207 Teilnehmer.**

Vorsitzender: *Bonhoeffer*-Berlin. Schriftführer: *A. Jakob* u. *V. Kafka*-Hamburg.



1. Sitzung.

Der Vorsitzende eröffnet um 9 Uhr die Versammlung; er begrüßt die Anwesenden, vor allem die Kollegen, die während des Krieges im Felde waren und zum erstenmal wieder teilnehmen, sowie die Kollegen aus Österreich, die Vertreter der Provinzen und einzelnen Länder und fährt fort:

M. H.! Wenn mir heute die Ehre zugefallen ist, Sie von dieser Stelle zu begrüßen, so ist es mir zunächst ein Bedürfnis, Ihre Gedanken zu unseren früheren Sitzungen zurückzulenken, die seit dem Jahre 1904 von *Moeli* geleitet wurden. Als er zum letzten Mal vor 2 Jahren in Würzburg den Vorsitz dieser Versammlung führte, ließ uns seine Blässe und sein zeitweise beengter Atem die kommende Erkrankung befürchten. Diese 1½ Jahre, die ihm noch vergönnt waren, sind für Alle, die ihn gesehen haben, unvergeßlich durch die Heldenhaftigkeit, mit der er das Schwinden seiner Kräfte durch die Energie seines Geistes zu beherrschen wußte. Er arbeitete beruflich und wissenschaftlich unermüdlich weiter. Noch 3 wissenschaftliche Arbeiten von seiner bekannten Gründlichkeit entstammen dieser letzten Lebenszeit. Er hat noch die Freude gehabt, an seinem 70. Geburtstag die große Verehrung und Anhänglichkeit seiner Schüler und Mitschüler und die Anerkennung seiner Verdienste in Ansprachen und Festschriften erfahren zu dürfen. Am 4. November hat er sein Leben in der Charitée abgeschlossen, in dem Krankenhaus, in dem er seine wissenschaftliche Laufbahn begonnen hat. Unserem Fach ist er viel gewesen. Die Pathologie und Anatomie der syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, die Kenntnis des Alkoholismus und der psychopathischen Verbrecher ist von ihm wesentlich gefördert worden. Es ist zu wenig bekannt, daß er den psychogenen Faktor der Unfallneurosen schon in der Zeit betonte, als *Oppenheim* die Krankheit beschrieb. Wie kein Anderer hat er die Beziehungen unseres Faches nach der rechtlichen und Verwaltungsseite hin befruchtet, und als Referent im preußischen Ministerium des Innern wie als Mitglied der Strafrechtskommission ist er in hohem Maße befähigt gewesen, die Beschlußfassungen unseres Vereins an amtlicher Stelle nachdrücklich zu vertreten. In dieser Beziehung wird es sehr schwer, anderen Ersatz zu finden. Die liebenswürdige, innerlich vornehme Persönlichkeit mit dem feinen Humor und der maßvollen Sachlichkeit, mit der er unsere Versammlungen leitete, wird uns unvergessen bleiben.

Noch viele andere schwere Verluste hat unser Verein seit seinem letzten Zusammensein erlitten. An erster Stelle nenne ich die zwei Forscher, die unseren Tagungen vielfach durch ihre Berichte über neue Forschungsergebnisse besonderen Glanz verliehen haben, *Brodmann* und *Nissl.*

Am 22. August 1918 ist *Korbinian Brodmann* im 50. Lebensjahre von einer schweren Sepsis dahingerafft worden. Wenige Monate vorher hatte er uns noch auf unserer Würzburger Tagung das Ergebnis seiner Unter-



suchungen über die Ausdehnung und die individuellen Variationen der Sehsphären vorgetragen und hat uns von neuem mit Bewunderung erfüllt für die Größe seiner Arbeitskraft und die klare Zielsicherheit seiner Arbeitsweisen, die sich mit seiner schönen wissenschaftlichen Begeisterung zu großer Fruchtbarkeit verband. Eben hatte sich ihm am Münchner Forschungsinstitut eine für seine Forschungsrichtung geschaffene Lebensstellung eröffnet. Was wir von ihm noch erhoffen durften, hat *Nissl* in seinen letzten Veröffentlichungen mit warm empfundenen Worten, die er *Brodmann* als dem Schöpfer der vergleichenden Cytoarchitektonik der Hirnrinde gewidmet hat, gesagt. Eine Fülle von Können und Wissen, über die kein Anderer auf seinem Gebiete verfügt, eine echte Forschernatur ist mit ihm zu Grabe gegangen. Kaum 1 Jahr später, am 1. August 1919, ist ihm sein Mitarbeiter am Forschungsinstitut *Nissl* in den Tod gefolgt. Es ist geradezu tragisch, wie uns mit *Nissl*, *Alzheimer* und *Brodmann* in wenigen Jahren unsere ersten Hirnrindenkenner vorzeitig alle in einem Alter, in dem sich wahre Erfahrung mit voller Schaffenskraft verbunden hat, geraubt worden sind. Die Worte, die *Nissl* bei *Brodmann*s Tod geschrieben hat: „die bange Sorge erfüllt uns, wer wird, wer kann in die Lücke treten und das begonnene Werk fortsetzen?" müssen wir bei seinem eigenen Tode wiederholen. Welche Fülle von histologischem, histogenetischem und histopathologischem Wissen noch unveröffentlicht geblieben ist und noch an Plänen in ihm gelegen hat, welche unerreichte operative Experimentierkunst mit seinem Tode verloren gegangen ist, darüber wissen seine Mitarbeiter zu berichten. Und doch müssen wir vor allem dankbar sein, wie stark, weitreichend und fruchtbringend die Auswirkung seiner wissenschaftlichen Persönlichkeit gewesen ist. Alle moderne Großhirnhistopathologie ist im wesentlichen auf dem Grundstock *Nissl*scher Arbeiten und Gedanken erwachsen. Es wird keinen modernen Rindenhistopathologen geben, der sich nicht in irgendeiner Beziehung seinen Schüler nennen kann. Wenn ein sich nicht genug tun könnendes Gründlichkeits- und Vertiefungsbedürfnis als ein Werkzeug deutscher Forschungsweise gelten darf, so haben wir in *Nissl* einen Forscher echtester deutscher Art verloren.

Durch den Tod im Felde sind uns im Jahre 1918 noch geraubt worden: Dr. Max *Sommer*, 2. Arzt an der Erlenmeyerschen Anstalt in Bendorf, und Dr. E. *Brückner*, Oberarzt in Hamburg-Langenhorn, der als Stabsarzt d. R. in der Kampfzone im Osten an Fleckfieber gestorben. Außerdem beklagen wir den Tod folgender Mitglieder und Kollegen: Oberstabsarzt Dr. Julius *Rieder*, Koblenz, M.-R. Dr. Hans *Götze*, Oberarzt in Untergöltzsch, M.-R. Dr. Hans *Schröder*, Dir. d. Prov.-Heilanst. Hildesheim, Dr. Eduard *Kerris*, Oberarzt in Johannistal, Dr. A. *Erler* in Kortau, Dr. Ludwig *Scholz*, Nervenarzt in Bremen, Dr. Kurt *Halbey*, Kreisarzt in Kattowitz, Dr. Wilhelm *Tintemann*, Oberarzt in Osnabrück, G. M.-R. Dr. H. F. *Rubarth*, fr. Dir. d. Prov.-Anstalt Marsberg, Dr. Hermann *Köberlin*, Ober-



arzt a. d. Kreisanst. Erlangen, Dr. Wilhelm *Plaskuda*, Oberarzt in Lübben, Dr. Georg *Paul*, Oberarzt in Neuruppin, Dr. Alfred *Fickler*, Oberarzt in Obrawalde, Dr. Hermann *Engelken*, fr. Dir. d. Privatanst. Rockwinkel b. Bremen, Dr. Friedrich *Tauscher*, Oberarzt in Dösen, Geh. San.-R. Dr. Alfred *Richter*, Direktor in Buch, Dr. Otto *Gerling*, Direktor d. Landeshospitals zu Haina, Dr. Otto *Kieserling*, Anstaltsarzt in Lublinitz, Geh. Med.-R. Dr. August *Knoblauch*, Dir. d. Neurol. Univ.-Klin. in Frankf. a. M., Dr. Friedrich *Rode*, Nervenarzt in Königsbrunn, Dr. Fritz *Bauer*, Anstaltsarzt in Altscherbitz, Dr. Eduard *Dinger*, früher Dir. d. lothring. Anstalt Saargemünd, Ehrenmitglied des Vereins Prof. Dr. Aug. *Tamburini*, Dir. d. psychiatr. Klin. in Rom.

Wie Sie sehen, ist die Zahl, die uns betroffen, außerordentlich groß. Viele von den Verstorbenen sind durch ihre wissenschaftliche und praktisch-psychiatrische Tätigkeit hervorgetreten und uns durch ihre Teilnahme an unseren Sitzungen nahegekommen, manchen von uns sind in ihnen treue Freunde verloren gegangen. Ich bitte Sie, sich zu Ehren der Verstorbenen von Ihren Plätzen zu erheben. (Geschieht.)

M. D. u. H.! Wir treten heute in unsere erste ordentliche Sitzung seit dem Jahre 1914 ein. Wir wollen nicht davon sprechen, was alles zwischen den harmlosen Tagen von Straßburg und heute gelegen ist, und was wir seitdem verloren haben. Es bedarf dazu auch keiner Worte, wir erleben es täglich, wohin wir nur blicken, und wo wäre es eindringlicher zu sehen als hier in Hamburg, dessen unvergleichlicher Anblick in Friedenszeiten uns Deutschen aus dem Binnenlande stets als ein Sinnbild der großen deutschen Arbeitsleistung erschienen ist. Seit 1½ Jahren ist der Krieg zu Ende, und noch ist alles im Schwanken, und die Zahl derer, die an der Möglichkeit des Aufstiegs unseres Volkes verzweifeln, ist nicht klein, und sie sind geneigt, die Hoffnungen, welche die meisten von uns in unsere Volkskraft gesetzt hatten, für Selbsttäuschung und durch das Geschehene für widerlegt zu halten. Gerade wir Psychiater, die wir psychische Faktoren zu verwerten gewohnt sind, haben Anlaß, zu dieser Frage Stellung zu nehmen. Gewiß haben wir keine Ursache, bei unserer heutigen äußeren und inneren Schwäche, Machtlosigkeit und Gespaltenheit optimistisch zu sein. Aber was wir erlebt haben, bleibt doch bestehen. Die unerhörten Kraft- und Affektleistungen, zu denen die Not des Vaterlandes in diesen langen Kriegsjahren Heer und Heimat fähig gemacht hat, können nicht einem in der Wurzel kranken Volkskörper entstammt sein. Trotz Niederlage, Revolution und trotz des Todes einer Million unserer Besten dürfen wir an ein Wiederlebendigwerden dieser Energien in unserem Volke glauben. In dieser Zuversicht wollen auch wir unsere Arbeit wieder aufnehmen und versuchen, so gut es möglich ist, an unseren Zielen weiter zu arbeiten. Über die Schwierigkeit der Aufgabe auch in unseren speziellen Arbeitsgebieten wollen wir uns keiner

Täuschung hingeben. Nach beiden Richtungen unserer Tätigkeit, nach der humanitären, wie nach der Forschung sehen wir Schwierigkeiten und Gefahren. Fast könnte es scheinen, als ob wir in einer Zeit der Wandlung des Humanitätsbegriffes stünden. Ich meine nur das, daß wir unter den schweren Erlebnissen des Krieges das einzelne Menschenleben anders zu bewerten genötigt wurden als vordem, und daß wir in den Hungerjahren des Krieges uns damit abfinden mußten, zuzusehen, daß unsere Kranken in den Anstalten in Massen an Unterernährung dahinstarben, und dies fast gutzuheißen in dem Gedanken, daß durch diese Opfer vielleicht Gesunden das Leben erhalten bleiben könnte. In der Betonung dieses Rechts der Gesunden auf Selbsterhaltung, wie sie eine Zeit der Not mit sich bringt, liegt die Gefahr der Überspannung, die Gefahr, daß der Gedanke der opfermütigen Unterordnung der Gesunden unter die Bedürfnisse der Hilflosen und Kranken, wie er der wahren Krankenpflege zugrunde liegt, gegenüber den Lebensansprüchen der Gesunden an lebendiger Kraft verliert. Die Frage, ob wir bei der Übertragung der veränderten wirtschaftlichen und Arbeitszeitverhältnisse auf die Krankenpflege uns auf der humanitären Entwicklungslinie der Friedenszeit halten können, steht damit im engsten Zusammenhang, und wir haben sie zum Gegenstand unserer heutigen Berichte gemacht.

Auch dem Entwicklungsgange der Forschung stehen wir mit Sorge gegenüber. Nicht nur, daß eine Zeit staatlicher Unsicherheit und politischer Unruhe an sich der Schutz und Ruhe benötigenden Geistesarbeit der Forschung abträglich ist: wir werden durch unsere Armut in der freien Beweglichkeit der Forschung beeinträchtigt. Wie wir bei der Beschränkung, die wir uns im experimentellen und apparativen Arbeiten werden auferlegen müssen, es möglich machen werden, im wissenschaftlichen Fortschritt nicht zurückzubleiben, wird eine unserer wichtigsten Aufgaben sein. Wir werden voraussichtlich für Jahre an Breite des wissenschaftlichen Arbeitens verlieren. Vielleicht dürfen wir hoffen, daß der Mangel an Mitteln im Einzelfall zu schärferer Problemstellung nötigt, daß unnötige Arbeiten seltener werden, und daß die Erschwerung des Experiments eine erneute Vertiefung der psychischen Forschung am Kranken, die uns nicht genommen werden kann, mit sich bringt. Die alte Erfahrung, daß es nicht immer die größten Laboratorien sind, aus denen die fruchtbarsten Gedanken kommen, mag uns ein Trost sein, und wir hoffen, daß der Forschungstrieb und das wissenschaftliche Bedürfnis, das den Deutschen innewohnt, trotz der großen materiellen Hindernisse sich erfolgreich durchsetzt. Diese Zuversicht wollen wir uns bewahren, wenn wir heute unsere gemeinsame Arbeit wieder aufnehmen.

Weygandt-Hamburg begrüßt die Versammlung im Namen der hamburgischen Behörden und heißt sie im Namen der Anstalt herzlich willkommen.

Es folgt der erste Bericht:



Inwieweit sind Änderungen im Betriebe der Anstalten geboten?

I. *Kolb*-Erlangen: Die Ausführungen gehen aus von der Abhandlung des Referenten über Reform der Irrenfürsorge (Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 47, S. 137 ff.). *Kolb* sieht folgende allgemeinen Ziele:

1. Erörterung der Probleme, die an uns wahrscheinlich herantreten werden, im fachärztlichen Kreise.

2. Milderung der Nachteile, die sich aus der Verkürzung der Dienstzeit besonders des Pflegepersonals ergeben: Bekämpfung einer zu weitgehenden Verkürzung der Dienstzeit.

3. Tunlichste Förderung des Pflegepersonals.

4. Ein auch beruflich befriedigender Ausbau der ständigen Arztstellen.

5. Heranziehung nicht nur der Angestellten, sondern auch geeigneter Kranker und Angehöriger von Kranken in allen sie betreffenden Fragen.

6. Vorbereitung auf psychiatrische Aufgaben, die uns bei Reform des Strafrechts bevorstehen.

7. Anbahnung einer psychiatrischen Fürsorge für geistig anormale Menschen außerhalb der Anstalt.

8. Psychiatrische Mitarbeit am Wiederaufbau unseres Volkes.

9. Anbahnung einer einheitlichen Zusammenfassung aller in der Irrenfürsorge tätigen Kräfte.

10. Erleichterung der Aufnahmen in die Anstalten und der Entlassungen aus den Anstalten.

11. Anbahnung eines besseren Rechtsschutzes der geistig Anomalen, besonders der außerhalb der ärztlich geleiteten Anstalten lebenden Anomalen.

12. Besetzung der in den Anstalten frei gewordenen Krankenplätze durch Grenzfälle, event. durch gewisse Gruppen von körperlich Kranken.

13. Äußerste Sparsamkeit, Erhöhung der Einnahmen, möglichst gute Ausnutzung der Anstalten und der in der Irrenfürsorge tätigen Kräfte unter vollster Wahrung der Kranken und der Irrenfürsorge.

14. Anbahnung von Maßnahmen zur Wahrung der Interessen der in den Anstalten verpflegten Kranken auch unter den veränderten Zeit- und Betriebsverhältnissen.

15. Förderung der Bestrebungen gegen das Zusammenlegen der Irrenanstalten.

16. Stärkere Hervorhebung der Bedeutung, welche der ärztlichen Persönlichkeit und persönlichen Einflüssen für den Anstaltsbetrieb zukommt gegenüber der Bedeutung baulicher und technischer Einrichtungen.

17. Einheitliches Zusammenarbeiten aller Psychiater.

An der Hand von 36 gedruckt vorliegenden Leitsätzen erörtert *Kolb* sodann die Änderungen, die sich im Betriebe unserer Anstalten ergeben



A. durch gesetzliche Bestimmungen über Verkürzung der Arbeitszeit;
B. durch gesetzliche Bestimmungen über Heranziehung des Personals;
C. durch die bevorstehende Änderung des Strafrechts;
D. durch neue Aufgaben der Irrenfürsorge;
E. u. F. durch den wirtschaftlichen Tiefstand;
G. durch die Erfahrungen des Weltkrieges.
Das Referat ist in der Psych.-neur. Wochenschr. erschienen.

II. *Falkenberg*-Herzberge: M. H.! In den Berliner Anstalten ist bereits im Dezember 1918 auf Grund einer am 15. November 1918 ergangenen Magistratsverfügung mit der Durchführung des Achtstundentages begonnen worden. Da ich daher aus eigener, ziemlich langer Erfahrung über ihn zu berichten vermag, ist mir die Aufgabe zugefallen, hier noch etwas ausführlicher, als es von Herrn *Kolb* soeben geschehen ist, den Achtstundentag und die mit ihm zusammenhängenden, das Pflegepersonal betreffenden Fragen zu erörtern. Um nicht zu weitläufig zu werden, werde ich dabei weder auf die geschichtliche Entwicklung des Problems in den letzten Jahrzehnten und insbesondere seit dem November 1918 eingehen, noch auf die verschiedenen rechtlichen Fragen, die sich an den bekannten Erlaß des Demobilmachungsamtes vom 23. November 1918 infolge der unklaren Fassung seines Wortlautes anschlossen; ich möchte mich vielmehr einzig und allein vom fachärztlichen Gesichtspunkt aus mit der Wirkung einer so weitgehenden Verkürzung der Arbeitszeit auf unsere Anstaltsbetriebe beschäftigen.

Wie die auf die *Kolb*sche Rundfrage eingegangenen Antworten zeigen, die Herr *Kolb* mir in liebenswürdigster Weise zugänglich gemacht hat, wofür ich ihm auch an dieser Stelle nochmals danken möchte, sind wir von einer einheitlichen Arbeitszeit in unseren deutschen und österreichischen Anstalten gegenwärtig noch weit entfernt: 54 Anstalten haben 51 verschiedene Arbeitszeiten! Ob dem weiteren Ergebnis der Rundfrage, an deren Beantwortung sich ja nur ein Teil der Anstalten beteiligt hat, daß nämlich in ca. 70% die wöchentliche Arbeitszeit 60 Stunden und weniger, in ca. 30% mehr als 60 Stunden beträgt, allgemeine Gültigkeit zukommt, wage ich nicht zu entscheiden, jedenfalls ist es auch für unsere weiteren Erörterungen nicht unwichtig, daß nach den gemachten Mitteilungen für das Pflegepersonal

die	48stündige	Arbeitswoche	in	14	Anstalten,
,,	49—60	,,	,,	23	,,
,,	61—72	,,	,,	12	,,

eingeführt ist. Länger als 72 Stunden wird in 5 Anstalten gearbeitet. Dienstbereitschaft wird dabei zum Teil als Arbeitszeit mitgerechnet, zum Teil über die als Arbeitszeit angegebenen Stunden hinaus geleistet.

Daß die kürzere Arbeitszeit in den großstädtischen Anstalten und den Kliniken überwiegt, war von vornherein anzunehmen und wird durch 51 Rundfragen bestätigt.

Für das Dienst- und Betriebspersonal, und zwar für das gesamte oder doch für große Kategorien desselben, ist der Achtstundentag eingeführt in 26 Anstalten.

Die erste Folge der Verkürzung der Arbeitszeit war überall die Notwendigkeit, das Personal erheblich zu vermehren. *Kolb* rechnete, um nur einiges zu erwähnen, bei Einführung des Achtstundentages oder seiner milderen Form, der achtundvierzigstündigen Arbeitswoche, die uns hier am meisten interessiert, mit einer Erhöhung um ca. 100% und meinte, daß in den deutschen Irrenanstalten etwa 20 000 Pfleger mehr eingestellt werden müßten. In Haar wurde ebenfalls eine Vermehrung um etwa 100% nötig. Mir selbst ist es zweifelhaft, ob es möglich sein wird, zuverlässige gemeingültige Zahlen für den Umfang der notwendigen Mehreinstellungen zu geben. Selbst wenn man bei der prozentualen Berechnung im großen glaubt absehen zu können von der Verschiedenartigkeit der einzelnen Anstalten nach Art und Zahl der Kranken, nach ihrer Aufnahmeziffer und ihren baulichen Einrichtungen, fällt es doch schwer, einwandfreie Vergleichsziffern zu finden, da sich auch die Zusammensetzung des Krankenbestandes der einzelnen Anstalt infolge der hohen Sterblichkeit und des geringeren Zugangs während des Krieges gegen früher vielfach geändert hat; es kommt weiter hinzu, daß auch die Kohlennot in diesem Winter wohl überall zu einem dichteren Zusammenlegen der Kranken auf einzelnen Abteilungen und zum Freimachen anderer Stationen geführt hat, alles Momente, die bei der Berechnung der Zahl der Pfleger, die ohne den Achtstundentag jetzt erforderlich gewesen wäre, mit in Rechnung gestellt werden müssen. Es ist mir daher auch nicht sicher, ob das Ergebnis meiner unter möglichster Ausschaltung der verschiedenen Fehlerquellen aufgestellten Berechnung für Herzberge eine über den Einzelfall hinausgehende Bedeutung hat; immerhin sei angeführt, daß im Jahre 1914 kurz vor dem Kriege bei uns 1 Pfleger auf ungefähr 4,8 Kranke kam, während wir jetzt bei gleichdichter Belegung der Häuser wie damals 1 Pfleger auf ungefähr 2,8 Kranke brauchen würden, oder anders ausgedrückt: ohne den Achtstundentag würden wir bei einem Bestande von 1000 Kranken (vor dem Kriege betrug er ungefähr 1230) voraussichtlich mit ca. 210 Pflegern ausgekommen sein, während jetzt ca. 345 oder etwa 70% mehr notwendig sind. Da der Jahresverdienst des Pflegepersonals einschließlich aller Teurungszulagen, Emolumente usw. im März 1920 durchschnittlich 10 500 M. betrug, ergibt sich, daß die durch den Achtstundentag entstandenen unmittelbaren Mehrkosten für das Pflegepersonal, berechnet auf 1 Jahr und einen Krankenbestand von 1000 (bei dem nur etwas über 80% der vorhandenen Anstaltsplätze ausgenutzt werden), allein für die eine Anstalt Herzberge über 1 500 000 M. betragen. Diese Zahl 70% bleibt also hinter der von *Kolb* angenommenen noch zurück, aber auch sie bedeutet schon, wenn sie als allgemeingültige Durchschnittszahl angesehen werden könnte, für die Allgemeinheit und besonders für die privaten



und charitativen Anstalten, die im derzeitigen Aufbau der Irrenfürsorge eine wichtige Funktion zu erfüllen haben, und deren Bedeutung für unsere Volkswirtschaft nicht unterschätzt werden soll, eine überaus drückende Mehrbelastung, die auf die Dauer schwerlich zu ertragen sein wird. Dabei sind die ebenfalls recht erheblichen Mehrkosten, die sich als weitere, mittelbare Folge des Achtstundentages ergeben, noch nicht mit in Rechnung gestellt. So wird — wenigstens in den größeren öffentlichen Anstalten — eine Vermehrung der in gehobenen Stellen befindlichen Stationspfleger und stellvertretenden Oberpfleger kaum zu umgehen sein, da ja auch diese dann nur acht Stunden Dienst tun, während die größer gewordene Zahl des Pflegepersonals gerade eine intensivere Aufsicht und Anleitung erfordern würde. Die Wirtschaftlichkeit des Betriebes erfährt eine weitere Einbuße, wenn zur Unterbringung des vermehrten Pflegepersonals Räume herangezogen werden müssen, die bisher mit Kranken belegt werden konnten. Es kommt hinzu, daß der Achtstundentag ja auch für das Küchen- und Betriebspersonal gilt, daß also auch hier eine Vermehrung der Eingestellten und damit wieder ein Mehr an Löhnen notwendig wird. Schließlich wird in größeren Anstalten durch die stärkere Belastung der Personalregistratur auch noch mit einer Steigerung der Bureauunkosten zu rechnen sein.

Wichtiger als die Wirkung des Achtstundentages auf die Wirtschaftlichkeit des Anstaltsbetriebes, für die an den öffentlichen Anstalten ja in erster Linie die uns vorgesetzten Behörden die Verantwortung nach außen hin zu tragen haben, ist aber für uns Ärzte, ob eine derartige Verkürzung der Arbeitszeit im Interesse der uns anvertrauten Kranken überhaupt als notwendig oder wenigstens als erwünscht und zulässig bezeichnet werden kann. Vergegenwärtigen wir uns, um eine Antwort auf diese für uns ausschlaggebende Frage zu finden, die Änderungen, welche der Achtstundentag für die Pflege und Behandlung unserer Kranken mit sich gebracht hat, so tritt uns als augenfälligste Besonderheit der häufige Wechsel der Pfleger bei dem einzelnen Kranken entgegen. Hierin können wir aber keinerlei Vorteil erblicken: der Pfleger, der nur stundenweise um den Kranken ist, lernt diesen und seine Eigenheiten nicht so kennen, wie es gerade in unseren Anstalten für den Umgang mit ihm und seine richtige Behandlung nötig ist. Mißverständnisse und Erregungszustände, die bei besserer Kenntnis des Kranken vermeidlich gewesen wären, können die Folge sein. Auch die Aufklärung solcher Vorkommnisse fällt schwer, wenn der Pfleger bei der nächsten ärztlichen Visite, bei der der Kranke seine Klagen vorbringt, schon wieder abgelöst ist. Auch die häufigen Beschwerden über Benachteiligung bei den Mahlzeiten, über sonstige Vernachlässigung oder unzweckmäßige Behandlung u. ä. können aus dem gleichen Grunde nicht so rasch nachgeprüft und erledigt werden, wie es zur Beruhigung des Kranken erwünscht ist und gleichzeitig auch im Interesse des — erfreulicherweise doch meist zu Unrecht — beschuldig-



ten Pflegers liegt. Sind aber wirklich Ungehörigkeiten vorgekommen, zeigt z. B. der Kranke Hautverfärbungen, die auf Mißhandlung hinweisen, oder sind ihm tatsächlich Eßwaren oder sonstiges Eigentum abhanden gekommen, so stößt die Ermittlung des Schuldigen auf nicht minder große, oft kaum überwindliche Schwierigkeiten, weil täglich mehrere Pfleger mit dem Kranken zu tun hatten. Gewiß können sich solche Schwierigkeiten auch jetzt schon bei den bisherigen Wochenausgängen der Pfleger ergeben, bei einem mehrmaligen Schichtwechsel des Personals an jedem Tage ist die Gelegenheit und damit auch die Wahrscheinlichkeit für solche Vorkommnisse aber doch um ein Vielfaches häufiger geworden. Mag aber bei Häufung solcher Ereignisse hier und da einmal der Zufall eine Rolle gespielt haben, so ist es sicherlich kein Zufall, wenn wir jetzt so überaus oft bei den ärztlichen Visiten die Erfahrung machen müssen, daß der Pfleger zwar über die Begebenheiten orientiert ist, die gerade in der Zeit seiner Dienstschicht geschehen sind, über das Verhalten des Kranken und seine etwaigen körperlichen oder seelischen Veränderungen in den vorangegangenen Stunden aber nichts weiß. Auch ein etwa vorliegender mündlicher oder schriftlicher Bericht seines Dienstvorgängers hilft oft nicht weiter. Abgesehen von seiner nur allzu häufigen Unvollständigkeit liegt es ja in der Natur der Sache, daß erst der Arzt bei seiner Untersuchung Beobachtungen macht, die der Pfleger in ihrer Bedeutung unterschätzt hat, deren genügende Aufklärung aber nun nicht möglich ist, weil der Pfleger, der sie auf Befragen wahrscheinlich geben könnte, nicht mehr im Dienste ist. Hier treffen wir auf eines der gewichtigsten Bedenken, die wir gegen die Zweckmäßigkeit des Achtstundentages erheben müssen: kann doch gerade in unseren Anstalten, in denen der Kranke so häufig gar keine oder nur sehr unzuverlässige Angaben über sich selbst machen kann, die Einleitung der richtigen Behandlung für den Arzt, der sich nicht schnell und ausreichend durch Befragen Dritter über die Enttehung von Krankheitssymptomen zu orientieren vermag, zur Unmöglichkeit werden. So gelingt es, um nur einiges aus der Praxis anzuführen, nicht einmal immer mit Sicherheit festzustellen, ob der Kranke ein Arzneimittel erhalten hat oder nicht, seit wann eine erysipelverdächtige Röte besteht, wie bei auftauchendem Ruhrverdacht die vorangegangenen Stuhlentleerungen waren u. ä. mehr. Zu nicht minder bedenklichen Folgen führt es, wenn beim Schichtwechsel der ausscheidende Pfleger seinem Nachfolger zwar einen Bericht über die Vorkommnisse während seiner Schicht gegeben hat, der Bericht aber mißverstanden worden ist. In die Beobachtung des Kranken kommen dadurch Lücken und Fehler, die nicht immer gleich als solche zu erkennen und später nur schwer zu berichtigen sind; auch eine Aufklärung, wie und wodurch das Mißverständnis entstehen konnte, gelingt fast niemals, da sich, wenn es zu unliebsamen Folgen geführt hat, die Aussagen der beiden Beteiligten meist diametral gegenüberzustehen pflegen.

Ein weiterer, schon in den körperlichen Krankenhäusern schwer empfundener Mißstand, daß bei den ärztlichen Visiten am Tage verschiedenes Personal anwesend ist und die richtige Ausführung der ärztlichen Anordnungen durch falsche oder völlig unterbliebene Weitergabe der Verordnungen an den nächsten Schichtpfleger gefährdet wird, gewinnt für unsere Anstalten noch eine weit ernstere Bedeutung, weil in ihnen in der Regel die sonst doch immerhin noch in ziemlichem Umfange mögliche Kontrolle des Pflegers durch den Kranken bei der Ausführung der ärztlichen Verordnungen wegfällt. Die sich auch hier wieder geltend machende Schwierigkeit oder Unmöglichkeit, den an der Unterlassung oder falschen Ausführung der ärztlichen Anordnungen Schuldigen mit Sicherheit festzustellen, verführt aber gerade die im Charakter weniger gefestigten Elemente unter den Pflegern dazu, es mit der Erfüllung ihrer Pflichten leichter zu nehmen, als zulässig ist. Ihr Verantwortlichkeitsgefühl läßt nach, einer verläßt sich auf den andern, unangenehme oder anstrengendere Arbeit, z. B. das Baden oder die Säuberung schwacher, unreinlicher Kranker, das Wechseln beschmutzter Wäsche oder durchnäßter Strohsäcke u. ä. wird möglichst lange hinausgeschoben und, wenn irgend angängig, dem Nachfolger überlassen, der solche Arbeiten dann ebenfalls nur widerwillig übernimmt. Wer darunter am meisten leidet, ist naturgemäß wieder der Kranke.

Auch die Kontrolle über den Verbleib des Stationsinventars wird erschwert, da jetzt ja nicht mehr ein Pfleger, sondern mindestens zwei, d. h. im Zweifelsfalle wieder keiner, für die pflegliche Behandlung der Sachen verantwortlich sind, und doch wäre gerade in der heutigen Zeit Sparsamkeit auch im kleinen und kleinsten so bitter notwendig!

Nicht unbedenklich für die Behandlung der Kranken ist auch die Rückwirkung des Achtstundentages für den Dienst des Oberpflegepersonals, an dessen Zeit durch die vermehrte Schreibarbeit und durch die notwendige Anleitung der jetzt wesentlich größeren Zahl von Pflegern erhöhte Anforderungen gestellt werden. Darunter muß aber die nicht minder wichtige Aufgabe der Oberpfleger leiden, sich auch dem einzelnen Kranken zu widmen, ihm Gelegenheit zur Aussprache zu geben und die Beobachtungen der Pfleger durch eigene zu ergänzen. Gerade für uns in der Anstalt gilt, daß der Erfahrene an den Kranken mehr sieht und von ihm mehr hört als der weniger Geübte, und nicht leicht können wir Ärzte die Unterstützung entbehren, die wir in dieser Hinsicht bei unserem Oberpflegepersonal zu finden gewohnt sind.

Als nachteilige Folge des Achtstundentages wird auch erwähnt, daß namentlich für das jüngere Personal die Gefahr bestände, daß es seine reichliche freie Zeit unzweckmäßig ausnutze und dann in übermüdetem Zustande seinen Dienst antrete. Ein bedauerliches Nachlassen des Interesses am Dienst, eine Neigung, es mit seinen Pflichten leicht zu nehmen, haben auch wir vielfach beobachten müssen; ich kann aber nicht sagen,



daß bei uns seit Einführung des Achtstundentages die Pfleger häufiger schlafend getroffen oder sonstige auf Übermüdung hindeutende Dienstvergehen öfters vorgekommen sind als früher, andrerseits habe ich aber auch nichts von der größeren Frische und dem besseren Ausgeruhtsein der Pfleger bemerkt, worin bekanntlich die Befürworter des Achtstundentages einen seiner größten Vorzüge für den Pfleger selbst und unmittelbar auch für den Kranken erblicken. — Ausschreitungen, wie sie *Wattenberg* [1]) schildert, sind ähnlich auch sonst wohl vorgekommen, ich habe aber doch Bedenken, zwischen ihnen und dem Achtstundentag einen engeren kausalen Zusammenhang anzunehmen. Mangel an Selbstdisziplin, geringere Achtung vor dem Gesetz, Abnahme der Arbeitslust und Sucht nach Vergnügungen und Genüssen gröbster Art sind, wie die Geschichte zeigt, zu allen Zeiten Begleiterscheinungen großer politischer Umwälzungen gewesen und haben jetzt bei uns in weiten Kreisen derart überhand genommen, daß es mir doch zweifelhaft erscheint, ob man gerade den Achtstundentag dafür wird verantwortlich machen können, wenn derartige Exzesse beim Pflegepersonal vorgekommen sind. Eher möchte ich für beide Erscheinungen eine gemeinsame, in der sog. Mentalität der Zeit gelegene Wurzel annehmen.

Wattenberg berichtet weiter als Folge des Achtstundentags von einer Zunahme der Entweichungen und Vermehrung der Unfälle bei den Kranken. Der häufige Wechsel der Pfleger auf der Abteilung erschwert sicher die Aufsicht und steigert die Gefahr des Vorkommens derartiger unliebsamer Ereignisse; auch in Herzberge wurde in einigen Fällen die Entweichung der Kranken durch den Schichtwechsel der Pfleger augenscheinlich erleichtert.

Freilich darf bei solchen Vorkommnissen aber auch nicht vergessen werden, daß eine so tief in den ganzen Dienstbetrieb einschneidende Änderung, wie es der Achtstundentag ist, mit Notwendigkeit gewisse Kinderkrankheiten durchmachen muß, bezüglich deren Prognose Vorsicht am Platz ist. Trotzdem möchte ich auch heute noch *Kolb* darin beistimmen, daß es eine schwere, fast möchte man glauben, unmögliche Aufgabe für unsere Kommunen, Provinzen und Länder sein wird, dauernd und ohne eine unerträgliche Erhöhung der Verpflegungssätze die Mittel aufzubringen, die für die allgemeine Durchführung des Achtstundentages und gleichzeitig für die doch gewiß nicht minder wichtige organische Weiterentwicklung oder doch wenigstens Erhaltung unseres Irrenwesens auf der vor dem Krieg erreichten Höhe erforderlich sein werden. Der Krieg und die wirtschaftliche Not haben auch unseren Anstalten schweren Schaden gebracht: sehen wir von der Erschwerung des wissenschaftlichen Betriebes durch das Hinanschnellen der Preise für die notwendigsten Hilfsmittel ab, unter denen ja alle wissenschaftlichen Institute gleichmäßig

[1]) Psych.-Neurol. Wschr. 19/20, Nr. 51/52.



leiden, und berücksichtigen nur die größeren Ausgabeposten unserer Haushaltpläne, so befindet sich wohl überall das Inventar, namentlich Wäsche und Kleidung, in einem derartigen Zustande, daß es dringend einer gründlichen Ergänzung und Erneuerung bedarf. Ähnlich steht es mit einem Teil der baulichen und technischen Anlagen, die noch lange darunter zu leiden haben werden, daß während der letzten Jahre notwendige Reparaturen immer wieder hinausgeschoben oder unter Verwendung minderwertigen Materials ausgeführt werden mußten. Zur Behebung dieser Mängel und Schäden bedarf es neben intensiver Arbeit vor allem sehr erheblicher Geldmittel. Im Interesse der Erhaltung einer lebensfähigen Irrenfürsorge wird es daher gerade in den nächsten Jahren dringend geboten sein, sie keiner neuen, schweren finanziellen Belastungsprobe auszusetzen. Bei aller Reformfreudigkeit kommen wir nicht um die harte Wirklichkeit herum: man kann zwar in hoffnungsfrohem Optimismus eine Zeitlang die Augen vor ihr verschließen, die Enttäuschung wird aber kaum ausbleiben und dann doppelt schwer zu tragen sein. Auch diese mögliche oder, wie wir glauben, wahrscheinliche Folge der allgemeinen Durchführung des Achtstundentages in unseren Anstalten sollte von allen Beteiligten recht ernstlich in Erwägung gezogen werden. Ist man doch in Bayern, wie wir soeben von Herrn *Kolb* gehört haben, schon jetzt dem Gedanken ernstlich näher getreten, die geistliche Ordenspflege als die billigere wieder in größerem Umfange einzuführen und aus Ersparnisgründen die Anstalten zusammenzulegen! Eine solche Folge des Achtstundentages, die trotz aller Unterschiede zwischen Nord und Süd auch auf unsere norddeutschen Anstaltsverhältnisse wohl nicht ohne Rückwirkung bleiben dürfte, müßten wir als eine äußerst bedauerliche bezeichnen.

Auch darüber kann wohl schwerlich eine Meinungsverschiedenheit herrschen, daß die ökonomischen Vorteile, die der Achtstundentag im Fabrik- und Gewerbebetriebe durch intensivere Ausnutzung der verkürzten Arbeitszeit zu gesteigerter produktiver Tätigkeit bringen kann, in der Irrenpflege wegen der so völlig anders gearteten Arbeitsbedingungen unmöglich eintreten können. Die Zeit, während welcher der Kranke Aufsicht und Pflege bedarf, läßt sich für die große Mehrzahl der Kranken in unseren Anstalten nicht irgendwie zusammenschieben oder mit freien Zwischenräumen auf einzelne Stunden verteilen: auch der fleißigste und bestausgebildetste Pfleger in einem vortrefflich organisierten und technisch auf der Höhe stehenden Anstaltsbetriebe kann hieran nichts ändern und in 8 Stunden mehr oder auch nur das gleiche leisten wie ein anderer in 10 oder 12 Stunden.

Mit der Notwendigkeit, die Zahl der Pfleger in gewissem Umfange zu vermehren, wird daher jede Reform rechnen müssen, die überhaupt auf eine Verkürzung der wöchentlichen Arbeitszeit hinzielt, auch wenn diese nicht bis auf 48 Stunden geht. So hat z. B. in der Anstalt Hildesheim



nach Einführung der 65 stündigen Arbeitswoche eine Vermehrung des Pflegepersonals von 121 auf 163, also um fast 35%, stattfinden müssen. Auch dieser Umstand soll bei der Abwägung dessen, was für und gegen den Achtstundentag anzuführen ist, nicht unbeachtet bleiben.

Man hat die Notwendigkeit des Achtstundentages für die Pfleger noch zu begründen versucht durch den Hinweis auf die Eigenart des Krankenpflegedienstes, der in besonderer Weise eine Entpersönlichung des Pflegers, ein Sich-Einleben und Sich-Fügen in die Wünsche eines andern, des Kranken, verlange; das Bedürfnis des Pflegers, sich einmal selber anzugehören und sich seiner Familie und seinen persönlichen Neigungen zu widmen, sei daher größer und seine Befriedigung um so berechtigter, weil von einer solchen Entspannung Pfleger und Kranke Vorteil hätten. Man kann dies zugeben, wird aber trotzdem die Gegenfrage stellen können, ob zur Befriedigung dieses Bedürfnisses die Einschränkung der Arbeitszeit gerade auf 8 Stunden notwendig ist, oder ob dazu nicht die 60stündige Arbeitswoche genügen würde, bei der eine Durchführung des Dienstes ohne Schichtwechsel schon eher — wenn auch mit Schwierigkeiten und kaum ohne Unbequemlichkeiten für die Kranken — möglich sein würde, und mit deren Einführung sich auch die Anstalten schließlich einverstanden erklären könnten. Jedenfalls bleibt es Tatsache, daß gerade in unseren Anstalten auf vielen Abteilungen die Tätigkeit des Pflegers nicht selten am Tage unterbrochen wird durch längere Zeiten, in denen zwar seine Anwesenheit auf der Abteilung erforderlich ist, eine anstrengende Arbeit im engeren Sinne aber nicht von ihm geleistet wird und auch nicht geleistet werden kann. Zwischen Irrenpflege und Arbeit in einer Fabrik oder einem sonstigen gewerblichen Betriebe bestehen eben Gegensätze und Unterschiede, die sich nicht wegdiskutieren lassen. Weist man mit Recht auf die Wirkung des Krankendienstes auf die Persönlichkeit des Pflegers hin und verlangt deren Berücksichtigung, so soll man auch nicht vergessen, daß auch der Kranke eine Persönlichkeit ist: gerade dieses Persönliche — im Geben und Nehmen — macht ja das Wesen der Krankenpflege, ihre ganz besondere Eigenart aus, der sich nichts Gleiches aus der Fabrik- oder sonstigen gewerblichen Arbeit an die Seite stellen läßt. Diese Unterschiede schließen aber nicht aus, daß wir auch für die Irrenpflege eine Verkürzung der früher sicher übermäßig langen Arbeitszeit, die Gewährung häufigeren und längeren Urlaubs und namentlich auf den schwereren Stationen eine Erleichterung des Dienstes durch häufigeren Wechsel der Pfleger für dringend notwendig halten. Auch sonst wird es nach wie vor unsere pflichtgemäße Aufgabe sein, die berufliche Förderung und soziale Besserung des Personals im Auge zu behalten. Wenn die Verwaltungsbehörden, bei denen wir früher mit unseren Anregungen zur Verbesserung der Beköstigung und der Wohnangelegenheiten des unverheirateten Personals, zur Erleichterung der Familiengründung durch Bereitstellung



von Familienwohnungen und Gartenland, zur Gewährung von Ruhegehältern, Witwen- und Waisengelden u. ä. nicht immer ein offenes Ohr und eine offene Tasche gefunden haben, jetzt in diesen Dingen hellhöriger geworden sind, so werden wir auch hierin einen durchaus begrüßenswerten Fortschritt sehen.

Jeder Fortschritt und jede Änderung, die wir im inneren Anstaltsbetriebe anstreben, wird aber unvollständig bleiben, wenn es uns nicht gelingt, zu erreichen, daß in die Reihen unseres Pflegepersonals wieder Ruhe und Zufriedenheit einkehrt, die jetzt vielfach, und sicher nicht zum Vorteil unserer Anstalten, aus ihnen geschwunden sind. Es scheint mir müßig, hier noch die Ursachen zu suchen; notwendiger als derartige retrospektive Betrachtungen ist es, mit den Verhältnissen, wie sie nun einmal geworden sind, zu rechnen, und den Gedanken, denen die neue Zeit zum Durchbruch verholfen hat, auch in unseren Anstalten willig Raum zur Entfaltung zu geben. Dahin gehört die Förderung des Abschlusses von Tarifverträgen zur besseren Klärung und Sicherung der vertraglichen Rechte des Personals, seine Heranziehung zur Mitarbeit bei der Regelung der Arbeitsverhältnisse im Sinne des Betriebsrätegesetzes, die Ermöglichung einer genaueren Einsichtnahme in die das Personal berührenden Anstaltsangelegenheiten, z. B. in Fragen der Beköstigung, deren Schwierigkeiten von ihm oft unterschätzt werden, kurz die Heranbildung des Personals zu einem wissenden und bewußt im Anstaltsbetriebe mitarbeitenden Organismus.

Für abwegig und weder den Interessen der Kranken noch denen der Pfleger dienend halte ich aber den Vorschlag *Kolbs*, neben den Angestellten auch noch geeigneten Kranken und den Angehörigen der Kranken in allen die Kranken berührenden Angelegenheiten ein gewisses Mitwirkungsrecht einzuräumen. Was uns die Zukunft noch auf dem Gebiete des Mitbestimmungsrechts bringen wird, wissen wir nicht: ein Anlaß, selber auf die Schaffung einer neuen mitbestimmenden Instanz zu drängen, liegt aber gewiß nicht vor. Schon die Frage, wie diese gebildet werden soll, dürfte nicht leicht zu beantworten sein. Daß sie, wie alle solche Instanzen, von dem besonderen Vertrauen der durch sie Vertretenen getragen werden müßte, ist doch wohl anzunehmen; der Anstaltsleiter, dessen Tätigkeit sie einengen und in gewisser Richtung beeinflussen soll, darf sie daher selbstverständlich nicht wählen: wer soll es aber dann tun? Wer soll bestimmen, welche Kranke „geeignet" sind? Man denke nur an unsere kriminellen Abteilungen und die Elemente, die schon jetzt dort das große Wort zu führen pflegen! Wie weit soll der Kreis der zur Mitwirkung befugten „Angehörigen" gezogen werden? Wie sollen diese, von denen bei ländlich gelegenen Anstalten kaum einer am Orte der Anstalt wohnt, und von denen immer nur ein verhältnismäßig kleiner Teil die Anstalt persönlich kennenlernt, ihr Mitwirkungsrecht ausüben? Mit welchem Rechte darf überhaupt vorausgesetzt werden,



daß jemand, der zufällig Angehöriger eines Geisteskranken ist, auch ein besonderes Verständnis für alle die Kranken berührenden Angelegenheiten besitzt, so daß er mehr als ein anderer, der seinen Verwandten als Kranken in der Anstalt hat, zu einer solchen Mitwirkung befähigt und berufen erscheint? Aber abgesehen von diesen allgemeinen Einwänden und Bedenken gegen die praktische Durchführbarkeit des Vorschlages, denen sich noch manche andere anreihen ließen, kann ich mich auch mit dem Zweck nicht einverstanden erklären, den Herr *Kolb* mit seiner Anregung verfolgt, nämlich das „Überwuchern der Interessen der Kranken durch die Interessen der Angestellten einzudämmen". Wo ein Ausgleich zwischen diesen Interessen notwendig ist, dürfte es in erster Linie pflichtgemäße Aufgabe der Ärzte, insbesondere der Anstaltsleiter sein, ihn herbeizuführen. Deren Verantwortung und Arbeitsfreudigkeit, die noch immer die beste Gewähr für die Erfüllung der den Anstalten obliegenden Aufgaben abgeben, dürfte aber durch eine neue ad hoc gebildete mitwirkende Instanz kaum gehoben werden!

Auch bei der Durchführung der von mir befürworteten Reformen, deren Schwierigkeiten oft nicht so sehr auf sachlichen Differenzen als auf persönlichem Gebiet liegen, hat es nicht an Enttäuschungen gefehlt und wird es auch in Zukunft nicht fehlen; trotzdem darf das Ziel nicht aus dem Auge verloren werden. Von diesem Gesichtspunkt aus ergibt sich auch die Stellungnahme zu den in letzter Zeit wieder häufiger und dringender geäußerten Wünschen des Personals nach Einschränkung der Verpflichtung, Wohnung und Beköstigung in der Anstalt zu nehmen. Eine solche Verpflichtung war notwendig, solange vom Personal, abgesehen von seinen Urlaubstagen, ständige Dienstbereitschaft verlangt wurde, sie wird aber überflüssig, wenn sich die Arbeitszeit des Pflegers nur auf bestimmte Stunden beschränkt, außerhalb deren er frei über sich und seine Zeit verfügen kann. Damit sind freilich die Einwendungen, die man gegen diese Neuerung machen kann, noch nicht beseitigt. So hat man befürchtet, daß Veruntreuungen von Anstaltsgut durch sie erleichtert würden. Die Möglichkeit kann nicht bestritten werden, ein sicherer Beweis aber, daß an der geringeren Achtung vor Anstaltseigentum, namentlich Wäsche, auf die wir jetzt leider öfter stoßen, gerade das Draußenwohnen schuld sei, wird sich, wenn nicht der Schuldige bei der Tat selbst gefaßt wird, in einer Zeit, in der in weiten Kreisen die Anschauungen über das, was erlaubt ist, und was nicht erlaubt ist, recht laxe geworden sind, schwer erbringen lassen: wer sich an fremdem Eigentum vergreifen will, fand — und findet erst recht heute — in einer großen Anstalt auch sonst schon Gelegenheit dazu. Zuzugeben ist, daß es den außerhalb wohnenden Pflegern leichter ist, unter dem Vorwande von Krankheit, in Wirklichkeit aber aus ganz andern Gründen vom Dienst fortzubleiben; aber auch diese Möglichkeit, die sich auch noch durch weitere Dienstvorschriften einschränken läßt, kann kaum eine ausreichende Begründung für eine ablehnende Stellung



abgeben. Schwerer wiegt das Bedenken, daß durch Personal, das — namentlich in der Großstadt — außerhalb der Anstalt nicht immer in hygienisch einwandfreier Umgebung wohnen wird, in der Anstalt aber in engste Berührung mit den Kranken kommt, leichter einmal ansteckende Krankheiten in die Anstalten eingeschleppt werden können. Es ist aber doch beachtenswert, daß diese theoretisch nicht abzuweisende Gefahr in praxi in den 1½ Jahren, seitdem in Berlin die Neuerung besteht, nicht akut geworden ist. Freilich wird bei uns wegen der vorhandenen Wohnungsnot von der nach wie vor gegebenen Möglichkeit, Wohnung und Beköstigung in der Anstalt zu nehmen, von dem ledigen Personal noch gern und in erheblichem Umfang Gebrauch gemacht; nur die Verpflichtung dazu wird als drückender Zwang empfunden und abgelehnt. Ich glaube nach allem, daß wir uns auch mit dieser Änderung im Anstaltsbetriebe dort, wo es die örtliche Lage der Anstalt zuläßt, namentlich mit Rücksicht auf das Ziel, wieder ein zufriedenes und arbeitsfreudiges Personal zu bekommen, befreunden können. Schwer erträglich ist und bleibt aber der Achtstundentag, von dessen allgemeiner Durchführung wir für unsere Anstalten nur Nachteile erwarten können.

Trotzdem glaube ich aber nicht, daß mit dieser ablehnenden Haltung die Frage für uns erledigt sein kann. Wir sind verpflichtet, unsere auf Erfahrung sich gründende Ansicht dort, wo man sie zu hören wünscht, oder wo sich sonst Gelegenheit dazu findet, offen zum Ausdruck zu bringen; unsere Hauptaufgabe ist und bleibt aber eine praktische: wenn die Entwicklung andere Wege geht, als wir sie wünschen und für richtig halten, dürfen wir deshalb nicht abseits stehen bleiben, sondern müssen uns mit dem dann Gegebenen abfinden und auch innerhalb des neuen Rahmens nach Kräften an der Fürsorge für die Kranken weiter mitarbeiten. Wie der zu erwartende Normalarbeitstag für die Krankenpflege aussehen wird, wissen wir heute noch nicht, aber auch wenn das kommende Gesetz von der obligatorischen Durchführung des Achtstundentages Abstand nehmen sollte, ist damit noch nicht gesagt, daß dieser auch dort, wo er bereits vom Personal erkämpft ist, wieder schwinden wird, denn der Achtstundentag ist nun einmal für einen erheblichen Teil des Personals zu einem feststehenden Dogma, einem sozialpolitischen Glaubenssatz geworden, der einer sachlichen Diskussion sine ira et studio entzogen ist, und an dem es so leicht nicht rütteln lassen wird. Mindestens wir, die wir an den großstädtischen Anstalten und an gewissen anderen größeren Anstalten tätig sind, werden uns daher wahrscheinlich auch noch weiterhin vor die Aufgabe gestellt sehen, nach Mitteln und Wegen suchen zu müssen, die geeignet sein könnten, die Nachteile des Achtstundentages für die Kranken weniger fühlbar zu machen. Auch hier werden wir unter Berücksichtigung der realen Verhältnisse den ärztlichen Grundsatz des nil nocere voranstellen müssen. Wenn wir aber dann, geleitet von dem Bestreben, unsere Anstaltsbetriebe vor Erschütterungen zu bewahren, deren Ausgang unge-

wiß ist, unter denen die Kranken aber sicher schwer leiden würden, wohlbegründete Bedenken zurücktreten lassen, so darf man deshalb doch nichts Unmögliches von uns verlangen: so werden wir unseren Verwaltungsbehörden immer wieder sagen müssen, daß es nicht angeht, den Achtstundentag einzuführen, gleichzeitig aber die Zahl der dann mit Notwendigkeit mehr einzustellenden Pfleger so gering zu bemessen, daß der Dienst nur noch dadurch aufrechterhalten werden kann, daß die Kranken unter Mißachtung dessen, was bisher als hygienisch, als notwendig galt, zusammengelegt werden. Was unter dem Zwange der winterlichen Kohlennot vorübergehend ertragen werden mußte, darf in Zeiten, in denen Ruhr und namentlich Tuberkulose in unseren Anstalten immer noch mehr Opfer fordern als vor dem Kriege, nicht zur Regel werden. Gegen diese Art Sparsamkeit, die auf Kosten von Leben und Gesundheit unserer Kranken geübt wird, werden wir uns mit aller Bestimmtheit wenden müssen.

Wir werden weiter unsere besondere Aufmerksamkeit der Einteilung des Dienstes zuwenden und versuchen müssen, durch diese die Nachteile, die der häufige Wechsel der Pfleger für den Kranken mit sich bringt, möglichst zu mildern. Eine Streckung der Arbeitszeit des einzelnen Pflegers durch eingelegte Pausen, wie sie in körperlichen Krankenhäusern möglich ist, kommt für unsere Anstalten in größerem Umfange schon deshalb nicht in Betracht, weil bei der Art unserer Kranken in den meisten Abteilungen dauernd ein Pfleger anwesend sein muß. Der dreifache Schichtwechsel mit ungeteilter Arbeitszeit des einzelnen Pflegers wird daher die Regel bilden müssen. Wie diese Schichten am besten zu legen und zu besetzen sind, wird von den besonderen Verhältnissen der einzelnen Anstalt abhängen; allgemein wird man aber sagen dürfen, daß das Ziel jeder Diensteinteilung in erster Linie sein muß, die Kontinuität der Beobachtung und Behandlung der Kranken zu sichern. Ein Weg, ihm wenigstens etwas näher zu kommen, würde sein, daß die zweite Schicht den Dienst bereits antritt, während die erste noch im Dienst ist, so daß beide Schichten eine Zeitlang gemeinsamen Dienst tun. Durch ein solches Überschneiden der Schichten läßt es sich auch erreichen, daß wenigstens mittags und abends das gleiche Personal zur Entgegennahme der ärztlichen Verordnungen und zur Berichterstattung anwesend ist. Als Beispiel sei ein Dienstplan angeführt, nach dem die erste Schicht ununterbrochen von 6—2 Uhr im Dienst ist, die zweite Schicht aber in 2 Untergruppen A und B geteilt wird, von denen die an Zahl größere Gruppe A von 12—8 Uhr, die an Zahl kleinere B von 2—10 Uhr Dienst tut; um 10 Uhr folgt dann die Nachtschicht von 10—6 Uhr.

Auch auf die möglichste Verminderung der Störung der Ruhe der Kranken — namentlich nachts — durch das ablösende Personal beim Schichtwechsel und den Verkehr der dienstfreien Pfleger auf der Abteilung wird bei der Aufstellung des Dienstplanes und durch sonstige den örtlichen Verhältnissen angepaßte Maßnahmen hinzuwirken sein.



Aber so wichtig auch die Einteilung des Dienstes ist, über die sich, wenn die Zeit ausreichen würde, noch manches sagen ließe, sie gehört doch immer nur zu den kleinen Mitteln; wichtiger, ja ausschlaggebend dafür, ob wir uns mit dem Achtstundentag werden abfinden können, wird sein, ob es gelingt, durch eine bessere und gründlichere Ausbildung die Leistungen der Pfleger zu steigern. Jede Verkürzung der Dienstzeit, schon die auf 60 Stunden und erst recht die auf 48 Stunden, schränkt die Gelegenheit für den Pfleger ein, sich durch die Praxis die notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten für seinen Dienst zu erwerben, und führt andrerseits dazu, daß infolge der stärkeren Inanspruchnahme des Oberpflegers auch schon der jüngere Pfleger mehr als früher im Dienst auf sich allein angewiesen ist. Seine Verantwortung ist daher eine größere, und an sein Geschick und seine Fähigkeit, selbständig und zuverlässig zu beobachten und das Beobachtete auch richtig und verständlich wiederzugeben, müssen höhere Anforderungen gestellt werden. Um diesem gewachsen zu sein, bedarf es aber eines Wissens und Könnens, welches über das hinausgeht, was jetzt durchschnittlich bei den Pflegern angetroffen wird. Eine Umbildung und Vertiefung des Unterrichts ist daher notwendig — dabei dürfte, da die Bestrebungen auf Einführung einer einheitlichen Arbeitszeit und einheitlicher Regelung der Arbeitsbedingungen durch Tarifverträge voraussichtlich noch weitere Fortschritte machen werden, gleichzeitig auf Aufstellung eines einheitlichen Lehrplanes und auf eine Annäherung der verschiedenen Lehrpläne zur Sicherstellung der Erreichung des Lehrzieles Bedacht zu nehmen sein. In dieser Forderung nach einer vollkommeneren fachlichen Ausbildung treffen wir uns mit den eigenen Bestrebungen der Pfleger, die in ihren gewerkschaftlichen Organisationen die gleiche Forderung erhoben haben und sogar so weit gehen, zu verlangen, daß an den Anstalten nur Pfleger tätig sein sollen, welche die staatliche Krankenpflegerprüfung bestanden haben.

Die Ausbildung der Pfleger hat uns ja schon häufig, besonders 1897 auf der Jahresversammlung in Hannover, beschäftigt; seitdem hat sich aber so vieles geändert, daß die damaligen Bedenken gegen eine Prüfung und gegen die Erteilung eines Zeugnisses über das Bestehen, nämlich, daß sie bei dem starken Wechsel des Personals wegen seiner ungünstigen materiellen Lage keinen Zweck habe und die Gefahr der Halbbildung mit sich bringe, nicht mehr zutreffen. Auch eine Überschätzung des Ausfalls der Prüfung ist nicht zu befürchten: gerade unter uns Praktikern wird es schwerlich einen geben, der geneigt wäre, die Persönlichkeit des Pflegers allein nach dem im Examen gezeigten Wissen einzuschätzen. Andrerseits darf aber auch das das berufliche Interesse fördernde Moment, das nun einmal in jeder Prüfung liegt, nicht zu gering veranschlagt werden. Auch die Ergebnisse der 1907 eingeführten staatlichen Prüfung in der Krankenpflege sind so erfreulich, daß es als recht erwünscht bezeichnet werden muß, daß die in der Irrenpflege tätigen Pfleger ebenfalls die staatliche



Approbation als Krankenpfleger erwerben. Wir sollten es daher auch dem einzelnen Pfleger, der eine solche gründliche Berufsausbildung wünscht, möglichst erleichtern, sich eine solche zu verschaffen. Eine andere Frage aber ist es, ob wir eine solche vollständige Ausbildung in der gesamten Krankenpflege nun auch von allen Pflegern als unbedingt notwendig fordern müssen, oder ob nicht für unsere Anstalten eine Fachausbildung ausreicht, die zwar gründlicher und umfassender sein müßte als die bisherige, die aber doch die besonderen Anforderungen der Irrenanstalt in den Vordergrund stellt und dafür in der körperlichen Krankenpflege weniger verlangt; eine staatliche Prüfung könnte auch hier die Gleichwertigkeit der Ausbildung in den verschiedenen Unterrichtsstätten und die allgemeine Anerkennung des Prüfungszeugnisses sichern. Ich selber möchte eine solche Sonderausbildung als Irrenpfleger für genügend halten, die auch noch den Vorzug hat, daß sie es uns ermöglichen würde, die Ausbildung unserer Pfleger allein und in unseren Anstalten vorzunehmen, während die Forderung des Erwerbs der staatlichen Approbation als Krankenpfleger ohne zeitweilige Überweisung der Pfleger in ein Krankenhaus zum Erwerb der Fertigkeiten und Kenntnisse in den Fächern, für die es bei uns an geeignetem Krankenmaterial fehlt, nicht durchführbar sein wird. Auch der Plan, der dem Vernehmen nach in Preußen und auch anderswo Aussicht auf Verwirklichung hat, sieht demgemäß für die Pfleger, die schon einige Jahre an Irrenanstalten tätig sind, eine Art konzentrierten Schnellkursus von 3 Monaten in einem als staatliche Krankenpflegeschule anerkannten Krankenhause vor, der sich an den unseren Anstalten zufallenden vorbereitenden Unterricht anschließen soll. Ich glaube, daß die Befürworter dieses Planes, der allen Irrenpflegern das Bestehen der staatlichen Prüfung als Krankenpfleger innerhalb der nächsten Jahre ermöglichen soll, die Schwierigkeiten bei seiner Durchführung doch wohl unterschätzen, und kann mich trotz gegenteiliger Meinung anderer des Zweifels nicht erwehren, ob die Ergebnisse den gehegten Erwartungen wirklich entsprechen werden.

Bei der Überlastung unserer Tagesordnung muß ich es mir versagen, näher hierauf einzugehen; es war aber notwendig, im Zusammenhang mit unserem Thema darauf hinzuweisen, daß auch die Frage der Ausbildung unseres Personals in ein neues Stadium getreten ist. Das Wie und Wo ist aber doch noch nicht so genügend geklärt, daß wir dieses wichtige Thema, das nach Umfang und Bedeutung ein besonderes Referat erfordern würde, hier so nebenbei erledigen könnten.

Ein größeres Wissen und — was noch wichtiger ist — ein größeres Können werden wir aber nur dann von dem Personal fordern können, wenn auch wir dafür eintreten, daß der Beruf eines Irrenpflegers ein Lebensberuf und kein Durchgangsberuf sein soll. Wenn 1896 in Heidelberg die schon damals von *Grashey* erhobene Forderung eines Berufspflegepersonals nicht die Zustimmung unseres Vereins fand, so lag das in erster



Linie an der Geldfrage, die aber inzwischen eine Lösung erfahren hat, wie man sie damals und auch noch vor 1½ Jahren nicht voraussehen konnte; sie scheidet damit aus der Reihe der Bedenken, die man seinerzeit mit Recht haben mußte, aus. Seitdem ist die Frage noch häufig erörtert worden: so haben sich noch in jüngster Zeit, um nur einige zu nennen, *Enge*, *Baumann* und *Rein* mit guten Gründen für ein Berufspflegepersonal ausgesprochen, während *Kolb* ein solches nicht für notwendig hält. Auch früher ist von beachtenswerter Seite von der Schaffung eines Berufspflegepersonals abgeraten worden, weil die Brauchbarkeit des Personals durch den aufreibenden Anstaltsdienst verhältnismäßig rasch abnahm, so daß es schon nach einigen Jahren zur Erfüllung der von ihm zu fordernden Leistungen nicht mehr voll imstande sei. Ich kann mich dieser Meinung nicht anschließen: selbstverständlich läßt auch bei einem Pfleger mit den Jahren die Rüstigkeit und Gewandtheit nach, aber im normalen Lauf der Dinge pflegt dieser Nachlaß in einem die Dienstfähigkeit hinderlichen Maße doch nicht schon so frühzeitig einzutreten, daß er deshalb in einem Alter, in dem billigerweise überhaupt noch ein Berufswechsel zugemutet werden kann, aus dem Pflegedienst ausscheiden müßte. Jedenfalls muß es Aufgabe der Anstalt sein, die Arbeitsbedingungen so zu gestalten, daß einem vorzeitigen Verschleiß der Kräfte vorgebeugt wird. Gelingt dies aber — und es muß gelingen —, so wird es unter dem Anreiz der gegen früher wesentlich günstiger gewordenen wirtschaftlichen Verhältnisse der Pfleger und unter der Einwirkung der Tarifverträge und des Betriebsrätegesetzes sehr bald von selbst dahin kommen, daß wir in unserer Anstalt nur Berufspfleger haben. Auch wir, die es früher selber als ein schweres Hemmnis bei unserer Arbeit empfunden haben, daß die Irrenpflege öfters nur eine mehr oder minder zufällig übernommene und ebenso rasch wieder aufgegebene Gelegenheitsarbeit war, sollten diese Entwicklung unterstützen.

M. H.! Im Mittelpunkt meines Themas stand der Achtstundentag; es scheint mir aber richtig, mich nicht auf eine rein negierende Kritik zu beschränken, sondern auch zu zeigen, daß wir Irrenärzte nicht unfruchtbare Lobredner vergangener Zeiten sind, sondern mit offenen Augen an die Forderungen der Gegenwart herangehen und an der Lösung der Aufgaben, die uns die neue Zeit in den Anstalten stellt, nach Kräften mitarbeiten wollen. Wenn wir zu solcher positiven Arbeit auch unter Verhältnissen, die es uns schwer machen, bereit sind, dürfen wir aber auch wohl erwarten, daß unsere auf Erfahrung und Sachkenntnis sich gründenden Bedenken gegen eine so einschneidende Änderung des Anstaltsbetriebes, wie es die gesetzliche Einführung des Achtstundentages als Maximalarbeitstag für unser Pflegepersonal sein würde, ernstlich geprüft und gewürdigt werden.

Ich schließe meine Ausführungen, indem ich ihr Ergebnis noch einmal kurz in wenige Sätze zusammenfasse:



Jeder Fortschritt im Betriebe der Krankenpflege unserer Anstalten setzt voraus die willige und tätige Mitarbeit eines berufstüchtigen Pflegepersonals.

Die Bestrebungen des Personals nach sozialer und wirtschaftlicher Besserstellung, beruflicher Förderung und Angleichung seiner Arbeitsbedingungen an diejenigen anderer Betriebe sind daher zu unterstützen, soweit sie nicht in Widerspruch stehen mit der Eigenart der Krankenpflege, die als persönlicher Dienst am kranken Menschen sich weitgehend von jeder andern gewerblichen Tätigkeit unterscheidet.

Die Forderung des Achtstundentages wird der Eigenart der Irrenpflege nicht gerecht: er erschwert die Pflege und Beobachtung der Kranken und gefährdet ihre sachgemäße Behandlung; den wirtschaftlichen Lasten, die er der Allgemeinheit auferlegt, stehen keine gleichwertigen Vorteile für die Irrenpflege gegenüber. Seine Einführung kann nicht befürwortet werden.

Diskussion zum Bericht *Kolb*-Falkenberg. — *Baumann*-Landsberg erklärt als Vorsitzender des Reichsverbandes beamteter deutscher Irrenärzte, daß auch dieser bereits die Frage der „Reformen im Anstaltsdienst", besonders im ärztlichen, in Angriff genommen hat. Es ist da eine Kommission gewählt worden (*Römer*-Konstanz, *Schwarz*-Bayreuth, *Köster*-Düren), die bereits ausführliche Richtlinien verfaßt hat. Diese werden nunmehr den Einzelverbänden des Reichsverbandes zur Durchberatung vorgelegt und dann nochmals bearbeitet. Der Reichsverband stellt sich dem Deutschen Verein für Psychiatrie zur Zusammenarbeit auf diesem Gebiete zur Verfügung.

Hösel-Dresden macht einige Mitteilungen über den Stand der Beratung im Reichs-Arbeitsministerium im Februar 1920 über den vorläufigen Entwurf eines Gesetzes über die Arbeitszeit des Krankenpflegepersonals.

Hermkes-Eickelborn: Die von den Herren Referenten gegen die Pflege von Geisteskranken durch Ordenspersonal erhobenen Bedenken treffen nur insoweit zu, als dieselben sich gegen geistlich geleitete Anstalten richten; dagegen hat sich die Pflege durch Ordensschwestern in 4 westfälischen Anstalten außerordentlich bewährt und zwar derart, daß sie noch vor kurzem in einer 5. Anstalt eingeführt wurde und die günstigen Erfahrungen, welche *Kraepelin* schon früher mit Ordensschwestern auch auf den Männerabteilungen machte, durchaus bestätigt wurden. Wenn sich in den betreffenden Anstalten Westfalens auch das männliche Pflegepersonal überhaupt besser bewährt hat, als es seit der Zeit der Umwälzungen in den meisten Anstalten der Fall war, so ist das sehr wesentlich auf den günstigen Einfluß zurückzuführen, den die Ordensschwestern auf den Geist der Anstalten ausüben.

v. Ehrenwall-Ahrweiler: 1. Nach der Idee der Gewerkschaftsführer soll die Einführung des Achtstundentages bezwecken, daß das angeblich so sehr überanstrengte Pflegepersonal genügend Zeit zum Ausruhen habe.

Die Praxis hat, da nun der Achtstundentag eingeführt ist, gezeigt, daß ein großer Teil des Personals die freie Zeit entweder zum Bummeln gebraucht oder Arbeit in dem Beruf annimmt, dem der betreffende Pfleger früher angehört hat. In beiden Fällen kommt das Personal ermüdet in seinen Hauptberuf, der Krankenpflege, zurück. 2. Zu Bl. 33 des Referats *Kolb*, daß weibliche Pflege bei männlichen Patienten sich während des Krieges gut bewährt habe, was ja wohl überall beobachtet wurde, möchte ich die Aufmerksamkeit des Vorstandes auf den Umstand lenken, daß mir bekannt geworden ist, daß die Arbeiterorganisationen in jüngster Zeit darauf dringen, daß überall da, wo männliches Personal angestellt werden kann, auch nur männliches Personal arbeiten soll, daß also die Pflegerinnen auf den Männerstationen verdrängt werden sollen. Der Vorstand wird gebeten, hiergegen im Interesse der Patienten Stellung zu nehmen durch geeignete Vorstellungen bei dem zuständigen Minister Herrn Stegerwald. 3. Es ist wohl zu beachten, daß die Einführung des Achtstundentages in Krankenanstalten noch nicht Gesetz ist. Unser Vorstand muß also durch geeignete Resolutionen alles tun, um das zuständige Ministerium zu überzeugen, daß durch die Einführung des Achtstundentages in Krankenhäusern das Wohl der Kranken und auch das des Personals aufs schwerste leiden würde. Da wie gesagt, der Achtstundentag noch nicht gesetzlich in Krankenanstalten eingeführt ist, so ist es ungemein zu bedauern, daß eine Anzahl öffentlicher Anstalten sich zu Versuchsobjekten hergegeben haben und ohne zwingende gesetzliche Notwendigkeit bei sich den Achtstundentag probeweise eingeführt haben. Dadurch ist der Kampf der anderen Anstalten, die in dem Achtstundentag ideell und materiell ein schweres Unheil sehen, gegen diese Einrichtung ungemein erschwert. Denn bei den Tarifverhandlungen wenden die Gewerkschaftssekretäre stets ein, daß der Achtstundentag da und dort in großen Anstalten bereits eingeführt sei. Hoffentlich kommt es dagegen heute zu einer einstimmigen Ablehnung des Achtstundentages in Form einer entsprechenden Resolution.

Werner Hartwig-Aplerbeck: Die Ausführungen des Herrn Kollegen *Hermkes* hinsichtlich der Pflege auch der Männerkranken durch Ordensschwestern kann ich aus der Erfahrung nur bestätigen, um so mehr, als ich jetzt wieder an einer Anstalt mit rein weltlichem Pflegepersonal im westlichen Industriebezirke arbeite. Ich bezweifle aber, ob die Ordensgesellschaften den großen Personalanforderungen genügen können. — Die weibliche Pflege auf den Männerabteilungen hat sich ausgezeichnet bewährt, sowohl hinsichtlich der Krankenpflege wie auch hinsichtlich der Gesamtpflege der Abteilungen und des Materials. Die von Pflegerinnen geleiteten Männerabteilungen sind ein Musterbild von Sauberkeit und Sonne, was man von von Männern geleiteten Abteilungen nicht immer sagen kann. — Beim Achtstundentag ist erfahrunggemäß der Schichtwechsel mit sofortiger Ablösung, wie schon von anderer Seite gesagt, sehr unpraktisch. Wir haben auf der Männerseite Mittagschichtwechsel um

1 Uhr. Schon vorher ist namentlich das junge Pflegepersonal lediglich eingestellt nicht auf Krankenversorgung, sondern auf das Verlassen der Abteilungen. Wenn dann die Ablösung nicht immer pünktlich erscheint, so ist der Krankenpflegedienst schwer gestört. Die neue Schicht weiß weder, was geschehen ist, noch was geschehen soll. Da hilft kein Reden und keine Schreibtafel. — Wesentlich besser sind die Erfahrungen mit Schichtüberdeckung, wie wir sie auf der Frauenseite haben. Es erscheint die eine Hälfte der Pflegerinnen morgens um 7 und arbeitet gemeinsam mit der andern bis 12. Also von 7—12 beide Schichten. Dann ist die eine Schicht vom Mittag bis zum nächsten Morgen frei. Hierin liegen enorme Vorteile für Kranke und Material und für die Kenntnis der Pflegerinnen über die ihnen anvertrauten Kranken. Wir sind dadurch auch in der Lage, in den Vormittagstunden recht reichlich klinische Kolonnen herauszuschicken. Das Personal fühlt sich bei dieser Form sehr wohl. — Das ältere, tüchtige, zuverlässige männliche Pflegepersonal ist seinerseits schon mit dem einzeitigen Totalschichtwechsel ungern einverstanden und neigt zur Änderung.

Wiehl-Grafenberg: In der Rheinprovinz ist die Dienstzeit tariflich geregelt und zwar im Sinne einer durchschnittlich achtstündigen Arbeitszeit. Die einzelnen Anstaltsdirektoren haben diese Arbeitszeit mit dem Personalausschuß verschieden eingestellt. In den einen Anstalten ist der Dreischichtwechsel eingeführt. In andern Anstalten hat das Personal jeden 3. Tag und 2. Sonntag frei, kommt dadurch auf 130 freie Tage im Jahr. Andere Anstalten geben jeden 4. oder 5. Tag frei. Alle diese Einrichtungen haben die gleichen Nachteile für die Krankenpflege und die Einheitlichkeit des Krankendienstes. — Diese jetzigen ganzen Zustände in der Krankenpflege betrachte ich in ihrer Gesamtheit als Krankheitserscheinungen der aus dem Gleichgewicht geworfenen Volksseele und bin deshalb der Überzeugung, daß mit der Gesundung des Volkes auch der achtstündige Arbeitstag wieder verschwindet. Einführung der Ordenspflege, Überführung von Kranken in klösterliche Anstalten und Entlassung von Personal halte ich aber für Arzneimittel, die das Personal etwas rascher zur Beruhigung bringen und ihm die Not der Zeit vor Augen führen würden.

Eichelberg-Hedemünden bespricht die großen Schwierigkeiten, die namentlich den Privatanstalten aus dem Achtstundentag erwachsen und manche zur Schließung zwingen werden.

Schlomer-Berlin weist auf die moralische und allgemein psychische Schädigung hin, die die unzureichende Ausnutzung der Arbeitskraft auf den Menschen ausübt. Schon aus diesen Gründen muß jeder an seinem Platz gegen eine zu weitgehende Arbeitseinschränkung eintreten. Ganz besonders gilt diese Verpflichtung für den Psychiater, der der berufene Wächter der psychischen Gesundheit ist. — Auch von diesem Standpunkte der Gesundheit und damit der inneren Zufriedenheit unseres Pflegepersonals und im weiteren Sinne der Volksmassen müssen wir energisch Front machen gegen den achtstündigen Arbeitstag für unser Pflegepersonal.



Wattenberg-Lübeck: Herr *Falkenberg* hat in seinem Referat darauf hingewiesen, daß die von mir vor einigen Monaten in meiner kleinen Arbeit: „Der Achtstundentag in der Heilanstalt Strecknitz" auch miterwähnten bedenklichen Folgeerscheinungen der achtstündigen „Arbeitszeit" wie Exzesse, vermehrte Unfälle und Entweichungen wohl in erster Linie als Folgeerscheinungen der Revolution, als Krankheitssymptome aufzufassen wären. Ich kann das heute nur bestätigen. Es ist inzwischen bei uns, dank dem Zusammenarbeiten eines kleinen Stammes tüchtiger Ärzte, Beamten und Angestellten, wieder wesentlich anders geworden, insbesondere sind auch Ordnung und Sauberkeit annähernd wieder auf der alten Höhe. Es hat also eine gewisse Anpassung stattgefunden. Aber sämtliche übrigen schweren Folgeerscheinungen bestehen nach wie vor unveränderlich weiter fort. Ich empfehle einmütige Annahme der von Herrn *Falkenberg* aufgestellten Thesen.

Lienau-Hamburg berichtet über Erfahrungen, welche er in seinem Betriebe bei den Tarifvertragsverhandlungen erlebt hat. Er mußte den Abschluß des Tarifvertrages ablehnen, weil er in Sachen der Entlassung und Einstellung nicht völlig unabhängig bleiben sollte und das mit seinem ärztlichen Verantwortungsgefühl nicht vereinbaren konnte. Hetzschreiben seitens des Verbandes, Terror und Sabotage gegen Anstalt, Arzt und Kranke waren die Folge. *L.* mußte unter solchen Umständen seinen Betrieb erheblich einschränken und pflegt im wesentlichen mit Damen der Gesellschaft. Er hält es für unvereinbar und unter seiner Würde, mit der hier bestehenden sozialistischen Organisation, die natürlich für die schlimmen Entgleisungen des Personals die Verantwortung ablehnen würde, überhaupt wieder zu verhandeln, und empfiehlt seitens der Staatsdienstinstitute den Verbänden gegenüber eine andere Sprache als bisher, wenn es sich um Wahrung der ärztlichen Autorität und Würde handelt.

Langen-Merzig beantragt kurz, daß die Versammlung laut ihre Stimme gegen den Achtstundentag erhebt und an maßgebender Stelle in dem Sinne vorstellig wird.

v. Ehrenwall-Ahrweiler: Ich möchte meinen früheren Ausführungen noch hinzufügen, daß wir Ärzte, so wir gegen die Einführung des Achtstundentages uns aussprechen, nicht in den Verdacht kommen wollen, als hätten wir etwa kein Herz für die berechtigten Wünsche des Personals. Als die Frage des Achtstundentages in meiner Anstalt akut wurde, berief ich das ganze Personal zu einer Besprechung zu mir. Fast alle sahen ein, daß die Einführung des Achtstundentages beim Pflegepersonal unseres Kurhauses eine Unmöglichkeit sei, baten aber um Kompensationen, und zwar um Erhöhung der Löhne und der freien Zeiten. Beides wurde gewährt und die Erholungszeiten wie folgt festgesetzt: Jeder Pfleger bezw. Pflegerin hat 1. Anspruch auf einen freien Sonntag und einen freien Werktag im Monat, beginnend morgens um 9 Uhr und endigend abends um 11 Uhr, 2. auf einen freien Nachmittag von 2—11 Uhr in der Woche. 3. Jeder



Pfleger und Pflegerin haben außerdem an 2 Tagen der Woche 2—3 Stunden freie Zeit zur Ausführung kleinerer Besorgungen und einmal im Jahre Anspruch auf einen zusammenhängenden Urlaub von 10 Tagen bis 3 Wochen, je nach der Dauer der Anstellung. Diese freie Zeit macht im Jahre zusammen 3—3½ Monate aus. Zu den Ausführungen des Prof. *Eichelberg* zu der heutigen finanziellen Lage der Privatanstalten, deren Existenzberechtigung zum Wohle der Kranken wegen ihres geringeren Umfanges und größeren ärztlichen Apparates heute wohl niemand mehr bezweifelt, ist noch zu sagen, daß es wünschenswert wäre, wenn die Provinzialverwaltungen die meist noch sehr billigen Verpflegungssätze für I. und II. Klasse den tatsächlichen Ausgaben entsprechend höher setzten. Zurzeit muß der Steuerzahler das Defizit tragen, und das ist ein Unrecht und den Privateinrichtungen gegenüber eine ungehörige Konkurrenz. Bereits 7 Privatanstalten Deutschlands haben schließen und deren Angestellte sich um andere Anstellungen umsehen müssen.

Kluge-Potsdam: Eine eingehende psychische Behandlung ist nicht möglich bei einem achtstündigen Arbeitstag, womöglich noch mit Unterbrechung des Dienstes im täglichen Schichtwechsel. Das ist vor allem unmöglich bei einer Pflegearbeit, die zugleich eine erzieherische sein soll, also in Anstalten, die kindliche und jugendliche Insassen haben. In den Potsdamer Anstalten mit ihren vielen Kindern und Jugendlichen, darunter bald an 700 Fürsorgezöglingen, ist daher der Achtstundentag nicht durchgeführt. Auf der Männerseite ist die Arbeitszeit nach Möglichkeit dem Achtstundentag angenähert. Die Pflegerinnen haben ihn nicht gefordert und den Schichtwechsel fast einstimmig abgelehnt. Der Achtstundentag ist auch zum großen Teil mehr ertrotzt und als Machtprobe gefordert worden. Es ist die Arbeit der weiblichen Kräfte auch auf den Männerabteilungen nach dem Versuch in Potsdam durchaus zu empfehlen. Das Wohl der Kranken muß oberstes Gesetz bleiben und uns bei unseren Entschlüssen leiten und unbilligen Ansprüchen gegenüber stärken. Unter Umständen käme in Frage, sich mit einer kurzen Schilderung der Nachteile des Achtstundentages für die Kranken in einer Art Fragebogen an die Angehörigen dieser als oberste Instanz zu wenden.

Berze-Wien: In Österreich, speziell Niederösterreich, sind wir vom Achtstundentag noch weit entfernt. An Stelle des 6. freien Tages ist der 5. freie Tag getreten. In neuester Zeit geht das Streben nach dem 3. freien Tage. Das Zurücktreten des Pflegepersonals von der Forderung des Achtstundentages ist hauptsächlich erreicht worden durch wesentliche Erhöhung der Barbezüge, Verlängerung der Urlaubszeit, Verleihung der Definitionen und anderer Begünstigungen.

Runge-Kiel: Der Achtstundentag wurde an der psych. Klinik Kiel auf Anordnung der Regierung bereits vor ca. einem Jahre eingeführt. Auch dort ergaben sich alle die hier geschilderten Mißstände. Die Lage gestaltete sich nur dadurch einigermaßen erträglich, daß ausgebildete

Schwestern der Berufsorganisation freiwilliger Krankenpflegerinnen angestellt und auch auf der Männerseite, selbst auf der unruhigen Abteilung, verwandt wurden, während die Zahl der Pfleger äußerst reduziert wurde. Besonders die gebildeten Schwestern haben sich sehr bewährt. In einer seit Jahren bestehenden Krankenpflegeschule werden die Schülerinnen 3 Jahre lang bis zum staatlichen Krankenpflegeexamen ausgebildet. Fortbildungskurse mit einem Abschlußexamen werden für die ausgebildeten Schwestern gehalten. Auf diese Weise ist der Zustrom eines gut geschulten, arbeitsfreudigen und zuverlässigen Personals erwirkt.

Bonhoeffer beantragt folgende Resolution: Der Achtstundentag wird der Eigenart der Irrenpflege nicht gerecht. Er erschwert die Pflege und Beobachtung der Kranken und gefährdet ihre sachgemäße Behandlung. Seine Durchführung muß als ärztlich nicht zulässig bezeichnet werden. — Sie wird einstimmig angenommen.

Kolbe (Schlußwort): Der Achtstundentag kann gesetzlich eingeführt werden, als Beamte müssen wir dann pflichtgemäß unter tunlichster Wahrung der Interessen ihn durchführen, — als Ärzte dürfen wir ihn nicht als zulässig bezeichnen. Nicht den Pflegern, nicht den Organisationen kann man es übelnehmen, wenn sie den Achtstundentag fordern, aber den Ärzten würde man es mit Recht übelnehmen, wenn sie nicht für die Rechte der Kranken eintreten würden. Zufriedenheit wird nicht nur durch Zugeständnisse erzielt, sondern nur, wenn die Pfleger sehen, daß es für Zugeständnisse eine gewisse Grenze gibt: das Wohl der Kranken. Es ist moralisch ungesund, wenn bei gewissen Formen der 48-Stundenwoche ein junger Pfleger oder eine junge Pflegerin über 200 freie Tage im Jahre hat (360 : 2 + 21 Urlaubstage); wie sollen wir unseren Fürsorgezöglingen und Psychopathen den Wert und die Bedeutung der Arbeit klarmachen, wenn die Dienstzeit des Pflegepersonals diesen Grundsätzen widerspricht? Und unser Pflegepersonal strebt den Achtstundentag gar nicht so sehr an — es strebt Stabilisierung an; sie werde gern vertreten. Aber Stabilisierung und bessere Besoldung und Verkürzung der Arbeitszeit, das kann zur Zeit wirtschaftlichen Hochstandes allmählich durchgeführt werden, aber nicht mit einem Schlage nach einem verlorenen Kriege und nach einem katastrophalen Frieden. Wenn die Verhältnisse sich nicht bessern, wird die Einführung der geistlichen Pflege vielfach empfohlen und gefördert werden müssen. „Schutz den Schwachen" ist ein Programmpunkt der zurzeit herrschenden Parteien; die Schwachen sind unsere Kranken; die Ärzte sind in erster Linie zu ihrem Schutze berufen; die Erfüllung dieser Aufgabe darf uns nicht verkümmert werden, ohne daß wir des geschlossenen Widerspruches aller Kollegen sicher wären.

Falkenberg (Schlußwort): Auf die Frage, ob die Verfügung des Demobilmachungsamtes vom 23. 11. 18 auf unsere Anstalten Anwendung finden muß, und ob insbesondere die Anstalten als „Betriebe" und die Pfleger als „gewerbliche Arbeiter" anzusehen sind, bin ich nicht näher



eingegangen, weil sie rein rechtlicher Natur ist und wegen der zu erwartenden reichsgesetzlichen Regelung, welche die Arbeitszeit in unseren Anstalten sicherlich mit umfassen wird, an Bedeutung verloren hat. In meiner kurzen Bemerkung über den nach Herrn *Kolb* in Bayern geplanten teilweisen Ersatz der weltlichen Pfleger durch geistliche Ordenspflege wollte ich keinerlei Werturteil über die letzteren abgeben, sondern nur zum Ausdruck bringen, daß wir es bedauern müßten, wenn durch Verwirklichung der bayerischen Absichten nicht-geistliches Pflegepersonal aus seinem Beruf herausgedrängt würde. In der hier von Herrn *Wattenberg* gemachten Mitteilung sehe ich eine erfreuliche Bestätigung meiner eigenen Ausführungen; sie bestärkt mich in der Meinung, daß wir die notwendig erscheinenden Änderungen im Anstaltsbetriebe möglichst durch Verständigung und im Einvernehmen mit dem Pflegepersonal erstreben sollten.

Stransky-Wien: Die Aufgaben der Psychiatrie beim seelischen Wiederaufbau des deutschen Volkes. — Die angewandte Psychiatrie im Sinne des Vortragenden findet ein gewaltiges Arbeitsfeld bei der ungeheuren Aufgabe des seelischen Wiederaufbaues Deutschlands vor. Die deutschen Psychiater müssen aber, wie vom Vortragenden schon lange gefordert, heraus aus dem Turm, sie müssen praktische Psychologen werden, wozu gerade sie als Kenner des psychopathologischen Grenzgebietes am meisten berufen sind. Ihre Aufgaben sind natürlich vor allem streng medizinischer Natur; es heißt, für Verbilligung der nötigsten Arzneimittel, gegen das Wiederauftauchen des Alkoholismus, gegen Luesgefahr und Lotterluxus aufzutreten und pädagogisch vorzubauen, da wir eine auch seelisch schwer bedrohte Generation heraufkommen sehen. Den Reparationskommissionen müssen gerade wir Psychiater überzeugend dartun, daß es nicht nur ein deutsches, sondern ein gesamteuropäisches Interesse sei, Deutschland nicht einen seelischen Seuchenherd für die Welt werden zu lassen. Mittel für psychische Heil- und Fürsorgebestrebungen müssen also in weitestem Maße freigegeben werden. Sehr nötig ist aufklärende, tunlichst popularisierende Tätigkeit, um die Massen mit Abneigung gegen alles Degenerative zu erfüllen; die heutige allgemeine Massenhysterisierung schafft leider dem deletären Einfluß meist degenerativer Pseudointellektueller einen nur allzu breiten Spielraum; aber in naher Zukunft wird es doch besser werden, und da gilt es für die Psychiater, aufklärend zu wirken und für die Zukunft vorzubauen. Es wird jedoch nötig sein, dagegen zu arbeiten, daß die seelische Äquilibrierung sich dann nicht in falschem Sinne stabilisiere. Es gilt, das deutsche Volk psychologischer, diplomatischer zu machen, die deutsche Exopsyche, die Sozialgefühle als die Hauptwurzel echten Nationalgefühls weit mehr als bisher zu kultivieren, von der Kinderstube und der Schule an, nach romanisch-slawischen Vorbildern. Vortragender verweist auf seine Ausführungen in früheren Arbeiten, namentlich in seinem Buche „Der



Deutschenhaß". Es gilt aber, die angewandte Psychiatrie auszubauen, auf daß ihre Lehren auf die Intellektuellen aller Fakultäten und dadurch auf die Volksseele Einfluß gewinnen; denn ohne Kenntnis der Psychopathologie ist keine praktische, auch keine praktische politische Psychologie möglich. (Der Vortrag wird ausführlich publiziert.)

2. Sitzung, 2 Uhr nachmittags.

Baumann-Landsberg lenkt die Aufmerksamkeit der Versammlung auf Bestrebungen in ganz Deutschland, die besonders von seiten mittlerer Beamter darauf hinausgehen, die einheitliche ärztliche Leitung der öffentlichen Anstalten abzuschaffen oder zum mindesten dadurch einzuschränken, daß die Inspektoren oder Verwalter eine selbständige, von der ärztlichen Leitung unabhängige Stellung erhalten. Diese Bestrebungen haben sich in Preußen bereits zu einem förmlichen Antrag verdichtet, der auf einer kürzlich in Hannover abgehaltenen Versammlung des Zentralverbandes preußischer Provinzialbeamter zu einem entsprechenden Beschluß führen sollte und nur mit Mühe zur Ablehnung gebracht wurde. *B.* bittet als Vorsitzender und im Auftrag des Reichsverbandes beamteter deutscher Irrenärzte, auf diese Bestrebungen, die nicht ernst genug zu nehmen seien, ein wachsames Auge zu haben und überall, wo es möglich und angebracht erscheine, energisch dagegen Front zu machen. Er verliest endlich folgenden Antrag des Reichsverbandes beamteter deutscher Irrenärzte an den Deutschen Verein für Psychiatrie: Der Reichsverband beantragt beim Deutschen Verein für Psychiatrie die Unterstützung seiner grundsätzlichen Erklärung über die unumgänglich notwendige Erhaltung der nur ärztlichen Leitung der öffentlichen Irrenanstalten zum Zweck einer nachdrücklichen Kundgebung. Eine solche ist um so dringlicher, als seit unserer Erklärung in Halle im Februar d. J. planmäßige Bestrebungen auch seitens der Beamtenorganisationen zum Abbau dieses in heißen Kämpfen erstrittenen Allgemeingutes der deutschen Irrenfürsorge in verschiedenen Gebieten hervorgetreten sind. Der Reichsverband beantragt, seiner grundsätzlichen Erklärung beizutreten und diese Erklärung den in Betracht kommenden Staatsbehörden zugehen zu lassen. „Der Reichsverband erklärt es sowohl im Interesse der Irrenfürsorge als auch im Standesinteresse der beamteten Irrenärzte für absolut notwendig, daß die Leitung der Irren- und verwandten Anstalten ausschließlich in fachärztlicher Hand sein und bleiben müsse. Er würde es als einen verhängnisvollen Rückschritt ansehen, jene beklagenswerten Mißstände wieder aufleben zu lassen, welche erst nach langen, erbitterten Kämpfen endlich zum Wohle der Kranken überwunden worden sind." Die Versammlung beschließt einstimmig demgemäß.

Kraepelin-München empfiehlt im Namen des statistischen Ausschusses für die Reichsstatistik das folgende kleine Schema, das freilich nur dann auf überall gleichmäßige und richtige Ausfüllung rechnen

könne, wenn ihm zur Ergänzung und näheren Bestimmung ein größeres Schema beigegeben werde, aus dem man im Zweifelfalle ersehe, was die einzelnen Krankheitsgruppen umfassen. Die in Klammern gesetzten Hinzufügungen zum „kleinen Schema" verweisen auf die entsprechenden Bestimmungen des „großen Schemas".

A. Kleines Schema.

I.	Seelenstörungen bei Hirnverletzungen	(I a, b, c)
II.	„ bei andern organischen Hirnleiden	(II a, b, c, d, e)
III.	„ bei Vergiftungen	
	1. Alkoholismus	(III A 1 a—h)
	2. Morphinismus usw.	(III A 2 a, b)
	3. andere exogene Vergiftungen	(III A 3 a, b u. 4 a, b, c)
	4. Erkrankungen durch Stoffwechselgifte	(III B 1 a—h)
	5. dysadenoide Erkrankungen, insbesondere Basedowsche Krankheit, Kretinismus	(III B 2 a α—γ, b α—η)
IV.	Seelenstörungen bei Infektionskrankheiten	(IV 1—3)
V.	1. Lues cerebri (mit Tabespsychosen)	(V 1 a—f und 3)
	2. Paralyse	(V 2 a—g)
VI.	1. Arteriosklerose	(VI 1 a—d)
	2. präsenile und senile Seelenstörungen	(VI 2 a—c, 3 a—d)
VII.	genuine Epilepsie	(VII)
VIII.	Schizophrenien	(VIII A 1—8, B 1—3)
IX.	1. manisch-depressive Veranlagung	(IX 1 a—d)
	2. manisch-depressives Irresein	(IX 2 a—c)
X.	Psychopathien (einschließlich der hysterischen Persönlichkeiten)	(X a—o)
XI.	Psychogene Reaktionen (einschließlich aller hysterischen Reaktionen)	(XI A a—h, B a, b, C. a—f)
XII.	Paranoia	(XII a—d)
XIII.	Oligophrenien	(XIII 1 a—c, 2, 3)
XIV.	Unklare und ungeklärte Fälle	(XIV)
XV.	Nicht geisteskrank und nicht psychopathisch.	(XV)

In Klammern beigesetzt sind die Gruppen und Untergruppen des großen Schemas, die in die 15 Gruppen des kleinen Schemas zusammengezogen werden.

B. Großes Schema.

I. Seelenstörungen bei Hirnverletzungen:
 a) traumatisches Delir,
 b) traumatische Epilepsie,
 c) traumatische Defektzustände.

II. Seelenstörungen bei andern organischen Hirnleiden:
 a) Tumoren, Abszesse, Zystizerken,
 b) lobäre und diffuse Sklerose,
 c) Keimerkrankungen:
 Huntingtonsche Chorea, tuberöse Sklerose, amaurotische Idiotie, Merzbachers Krankheit, Wilsons Krankheit, Pseudosklerose,
 d) Enzephalitis (einschließlich der Encephalitis lethargica), Hydrozephalie,
 e) Sonnenstich.

III. Seelenstörungen bei Vergiftungen:
 A. exogene Vergiftungen:
 1. Alkoholismus
 a) Rausch,
 b) Alkoholtobsucht (agitierter Rausch),
 c) Alkoholismus (Trunksucht und Alkoholzerrüttung),
 d) alkoholischer Eifersuchtswahn,
 e) Delirium tremens,
 f) Alkoholhalluzinose,
 g) Korsakowsche Psychose,
 h) Alkoholepilepsie;
 2. chron. Alkaloidmißbrauch
 a) Morphinismus, Opiophagie, Kodeinismus, Heroinismus, Dioninismus,
 b) Kokainismus (mit und ohne Morphinismus);
 3. andere chronische Vergiftungen:
 a) Vergiftungen mit Chloroform, Petroleum, Benzin, Chloralhydrat, Paraldehyd, Brom, Trional, Veronal, Blei, Quecksilber, Schwefelkohlenstoff, Haschisch u. ähnl.);
 b) Ergotismus, Pellagra, Beri-Beri (mit psychischen Störungen);
 4. Akute Vergiftungen:
 a) Gase: Kohlenoxyd, Leuchtgas, Rauchgas, Stickoxydul, Schwefelwasserstoff usf.,
 b) Arzneimittel: Atropin, Jodoform, Chinin, Salizylsäure, Tropakokain und dergl.,
 c) andere Gifte: Fliegenschwamm, Anilin, Binitrobenzol, Toluidin usf.



B. endogene Vergiftungen:

1. durch Stoffwechselgifte
   a) urämische Delirien,
   b) eklamptische Delirien,
   c) Psychosen bei Diabetes.
   d) Delirien bei Cholämie (Icterus gravis),
   e) Delirien bei Kreislaufstörungen,
   f) Delirien bei Kachexien (bei Karzinom, schwerer Anämie usw.),
   g) Hitzschlag,
   h) Hunger- und Durstdelirien, Kollapsdelirien (Pneumonie, Erysipel);
2. endokrine Vergiftungen (dysadenoide Erkrankungen)
   a) thyreogene Psychosen,
      α) Basedowsche Krankheit,
      β) Myxödem,
      γ) Kretinismus;
   b) Schwachsinn bei Erkrankungen der
      α) Hypophyse (Riesenwuchs, Dystrophia adiposogenitalis, Zwergwuchs),
      β) Zirbeldrüse (Makrogenitosomia precoce, Fettsucht),
      γ) Nebennieren (Pseudohermaphroditismus, Herkuleskinder — Addison),
      δ) Geschlechtsdrüsen (Eunuchoidismus-Fettsucht, Riesenwuchs-Viraginität),
      ε) Thymus (Idiotia thymica, Status thymico-lymphaticus),
      η) pluriglanduläre Insuffizienz.

IV. Seelenstörungen bei infektiösen Allgemein- und Organerkrankungen (Typhus, Variola, Polyarthritis, Pneumonie, Influenza, Chorea, Intermittens, Malaria, Sepsis, Phthise, Lyssa, Lepra, Schlafkrankheit):

1. Fieber- und Infektionsdelirien,
2. Verwirrtheitszustände (nach Infektionskrankheiten, Amentia),
3. infektiöse Schwächezustände.

V. Lues:

1. Lues cerebri
   a) syphilitische Neurasthenie,
   b) ,, Pseudoparalyse (paralyseähnliche Krankheitsbilder),
   c) apoplektische Hirnlues (einfacher syphilitischer Schwachsinn mit Lähmung),
   d) syphilitische Epilepsie,



e) paranoide Erkrankungen,
f) Lues congenita (zerebrale Kinderlähmung, Schwachsinn psychische Minderwertigkeit).

2. Paralyse
a) demente,
b) depressive,
c) expansive,
d) agitierte und galoppierende,
e) Tabesparalyse (Paralyse mit voraufgehender Tabes),
f) atypische (Lissauer),
g) juvenile.

3. Tabespsychosen.

VI. Arteriosklerose und Rückbildungsvorgänge:

1. Arteriosklerotische Seelenstörungen
a) arteriosklerotische Schwächezustände,
b) subkortikale Enzephalitis (einstweilen nur anatomisch zu diagnostizieren),
c) Spätepilepsie,
d) apoplektischer Schwachsinn.

2. Präsenile Seelenstörungen
a) perniziöse Formen (rasch zum Tode führende Erkrankungen der Rückbildungsjahre mit eigenartigem anatomischen Befund),
b) katatonische Formen („Spätkatatonien"),
c) paranoide Formen (soweit nicht zu den Schizophrenien gehörig).

3. Senile Seelenstörungen
a) senile Demenz,
b) Presbyophrenie,
c) Alzheimersche Krankheit,
d) seniler Verfolgungswahn.

VII. Genuine Epilepsie
(epileptischer Schwachsinn — Dämmerzustände — Status epilepticus).

VIII. Schizophrenien:

A. Dementia praecox:
1. Dementia simplex,
2. Dementia praecocissima (im Kindesalter),
3. Hebephrenie,
4. depressive und stuporöse Verblödung,
5. agitierte und zirkuläre Formen,
6. Katatonie,
7. paranoide Demenz,
8. Sprachverwirrtheit.



B. Paraphrenien:
1. systematisierende Form,
2. expansive Form,
3. konfabulierende Form.

IX. Manisch-depressives Irresein:
1. manisch-depressive Veranlagung:
a) reizbare Veranlagung
b) manische „
c) depressive „
d) zyklothyme „
} als manisch-depressive Grundzustände
2. manisch-depressives Irresein i. e. S.
a) Manie,
b) Melancholie,
c) Mischzustände.

X. Psychopathien (einschließlich der hysterischen Persönlichkeiten):
a) Nervöse,
b) Zwangsneurotiker,
c) Erregbare (mit und ohne hysterische Züge),
d) Haltlose (mit und ohne hysterische Züge),
e) Willensschwache (mit und ohne hysterische Züge),
f) Triebmenschen (Steigerung normaler Triebe), „Affektepileptiker",
g) Pathologisch Impulsive (krankhafte Triebe),
h) sexuell Perverse (Homosexuelle, Sadisten, Masochisten, Fetischisten, Exhibitionisten),
i) Streitsüchtige,
k) Verschrobene,
l) Lügner und Schwindler,
m) hysterische Persönlichkeiten (hysterischer Charakter, Entartungshysterie),
n) Schwärmer und Verbohrte,
o) Gesellschaftsfeinde.

XI. Psychogene Reaktionen (einschließlich aller hysterischen Reaktionen):
A. Situationspsychosen und -neurosen:
a) psychogene Depression (äußere Verursachung),
b) induziertes Irresein,
c) psychogene Haftpsychosen (Unschuldswahn, Begnadigungswahn, wahnhafte Einbildungen der Degenerierten, Haftquerulanten),
d) Schreckpsychosen (vorübergehende Verwirrtheitszustände bei überwältigenden Erlebnissen),
e) Kriegsneurose (ablehnende Einstellung gegen den Frontdienst),



f) traumatische Neurose (Abneigung gegen die Wiederaufnahme der Arbeit),
g) Rentenneurose (Rentenquerulanten),
h) Querulantenwahn.

B. Nervöse Zustände:
a) nervöse Erschöpfung (durch Überanstrengung und Aufregungen),
b) Erwartungsneurose (umschriebene Funktionsbehinderungen).

C. Hysterische Reaktionen:
a) Entwicklungshysterie (im jugendlichen Alter),
b) Alkoholhysterie,
c) Unfallhysterie (hysterische Störungen im unmittelbaren Anschluß an Traumen),
d) hysterischer Dämmerzustand,
e) *Ganser*scher Dämmerzustand,
f) hysterischer Haftstupor.

XII. Paranoia:
a) paranoide Persönlichkeiten,
b) abortive und milde Paranoiaformen,
c) Verfolgungswahn der Schwerhörigen,
d) klassische Paranoia (Verfolgungswahn, Eifersuchtswahn, Abstammungswahn, religiöser Größenwahn, Erfinderwahn, erotische Verrücktheit).

XIII. Oligophrenien (angeborene und früh erworbene Schwächezustände ohne bekannte Ursache):
1. verschiedene Grade des angeborenen und früh erworbenen Schwachsinns:
a) Idiotie,
b) Imbezillität,
c) Debilität.
2. Mongolismus.
3. Infantilismus.

XIV. Unklare und ungeklärte Fälle.

XV. Nicht geisteskrank und nicht psychopathisch.

Der von *Kraepelin* befürwortete Antrag des statistischen Ausschusses, vorstehende Einteilung der Geisteskrankheiten für die Reichsstatistik zu empfehlen (das kleine Schema zur Ausfüllung durch die einzelnen Anstalten, das große als Ergänzung und zur Sicherung, daß das kleine Schema sachgemäß ausgefüllt wird), wird einstimmig angenommen.

Kraepelin berichtet ferner über die bedrängte Lage der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München, die infolge der starken Preissteigerung aller Gebrauchsgegenstände und der Gehalts-



erhöhungen namentlich der Hilfskräfte nicht mehr in bisheriger Weise arbeiten könne und sich noch mehr werde einschränken müssen, wenn nicht neue Hilfsquellen erschlossen würden [1]).

Die in der Würzburger Kriegstagung vom Vorstand angeregte Satzungsänderung (s. diese Ztschr. Bd. 74, S. 595) wird einstimmig in folgender Form angenommen: § 7, Absatz 1 der Vereinssatzung lautet fortan: „Zur Besorgung der Geschäfte wird ein Vorstand von der Jahresversammlung der Mitglieder gewählt. Der Vorstand besteht aus acht Mitgliedern, welche befugt sind, als ständigen Schriftführer ein neuntes Mitglied hinzuzuwählen." Und Absatz 4 lautet von jetzt ab: „Im ersten Jahre scheiden zwei, im zweiten und dritten Jahre je drei Vorstandsmitglieder aus, und in gleicher Folge weiterhin; die Reihenfolge des Ausscheidens bestimmt die beiden ersten Male das Los, später das Dienstalter. Die Mitgliederversammlung bewirkt die Neuwahl. Wiederwahl ohne Unterbrechung ist nur einmal zulässig."

Siemens-Stettin erstattet den Kassenbericht für 1914—20, worauf Entlastung gewährt und der Jahresbeitrag wie bisher auf 5 M. festgesetzt wird, und macht Mitteilungen über die Standeskommission.

[1]) Auf eine im März dem Reichsministerium übersandte Eingabe des Vorstandes, in der die Bitte begründet wird, der Forschungsanstalt aus den Einnahmen des Branntweinmonopols eine einmalige größere Summe und laufende jährliche Beihilfen zu bewilligen, ist inzwischen diese Antwort eingegangen:

Der Reichsminister des Innern. Berlin NW 40, den 3. Juli 1920.
II A 2859.

Euer Hochwohlgeboren teile ich auf die mir übermittelte Eingabe des Vorstandes des Deutschen Vereins für Psychiatrie ergebenst mit, daß es sich zu meiner Freude hat ermöglichen lassen, der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München eine Beihilfe von 50000 M. für das Jahr 1920 zu überweisen. Beiträge in dem Umfange, wie sie in der Eingabe angeregt waren, lediglich für Forschungszwecke für eine Reihe von Jahren zur Verfügung zu stellen, ist nach den für die Verteilung des Branntweinmonopolfonds in Übereinstimmung mit dem Zweckverband deutscher Alkoholgegner hierfür aufgestellten Grundsätzen leider nicht angängig. Dagegen wird es sich voraussichtlich ermöglichen lassen, auch in den nächsten Jahren, sofern Mittel aus dem Branntweinmonopol dem Reichsministerium des Innern in gleichem Umfange zur Verfügung stehen werden, der genannten Forschungsanstalt erhebliche Reichsbeihilfen zuteil werden zu lassen.

Im Auftrage

Baumann.



Hans *Laehr*-Wernigerode berichtet über die Heinrich Laehr-Stiftung, betont ihre schwierige Lage und bittet um Entlastung, die gewährt wird.

Siemens beantragt, den Vorstand zu ermächtigen, aus dem Vereinsvermögen die Heinrich Laehr-Stiftung zu unterstützen, falls diese infolge ihrer Schuldenlast durch die Wertverminderung ihrer Papiere in Notlage gerät. Die Versammlung stimmt dem Antrage zu.

Es folgen nun Vorträge.

Schultze-Göttingen: Irrenrechtliche Fragen.

Wattenberg teilte vor zwei Jahren mit, daß der Reichskanzler beabsichtige, ein Reichsirrengesetz zu schaffen. Vor kurzem hat ein Berliner Landgericht und das Kammergericht entschieden, daß die Aufnahme einer Frau in eine Privatanstalt trotz Befolgung aller in der preußischen allgemeinen Anweisung vom 26. III. 1901 enthaltenen Bestimmungen bei dem Fehlen entsprechender gesetzlicher Vorschriften objektiv als Freiheitsberaubung anzusehen sei, wiewohl sie ausgesprochen geisteskrank war, und zwar deshalb, weil sie nicht gemeingefährlich und nicht entmündigt war. Eine gleiche Stellungnahme anderer Gerichte kann zu unliebsamen Folgen für alle beteiligten Ärzte führen. Nimmt man hinzu, daß vor kurzem das Preußische Wohlfahrtsministerium, ohne sich auf bestimmte Tatsachen zu gründen, lediglich „aus grundsätzlichen Bedenken" plötzlich eine amtsärztliche Besichtigung der Provinzialkrankenanstalten und damit auch der namentlich hervorgehobenen Provinzialirrenanstalten eingeführt hat, scheint es notwendig, daß der Deutsche Verein für Psychiatrie sich rechtzeitig eingehend mit den einschlägigen Fragen beschäftigt.

Sch. befürwortet die Regelung der Beziehungen zwischen Geisteskranken und Anstalten durch ein Gesetz, wo bisher nur Verordnungen bestanden haben, und stellt die Frage zur Erörterung, ob sich ein Reichsirrengesetz für das Deutsche Reich empfiehlt, oder ob den einzelnen Bundesstaaten die gesetzliche Regelung überlassen bleiben soll.

Er bespricht dann die Anstaltsaufnahme, die Überwachung der Anstaltsinsassen und die Entlassung, und zwar lediglich für die öffentlichen Anstalten.

Wiewohl die Irrenanstalt ein Krankenhaus ist, ist eine Aufnahme unter Verzicht auf alle Formalitäten nicht zu empfehlen; sie ist aber möglichst zu erleichtern bei entsprechender Verschärfung der Überwachung. Die Aufnahme darf nicht abhängig gemacht werden von dem Vorliegen von Gemeingefährlichkeit und von der vorhergegangenen Entmündigung. Denn die Anstaltspflegebedürftigkeit hat weder begrifflich noch sachlich noch rechtlich auch nur das geringste mit Gemeingefährlichkeit oder mit der Entmündigung zu tun.

Sch. bespricht die regelrechte Aufnahme, die dringliche Aufnahme, die freiwillige Aufnahme und die Aufnahme zur Beobachtung. Die dring-



lichen Aufnahmen werden immer mehr überwiegen; die Möglichkeit der Aufnahme zur Beobachtung muß erweitert werden. Für die regelrechte Aufnahme genügt das Attest eines Arztes. Alle Aufnahmen sind der „Sicherungsbehörde" anzuzeigen.

Je leichter die Aufnahme, um so schärfer muß die Überwachung der in der Anstalt gegen ihren Willen untergebrachten Personen sein. Jeder Anstaltsinsasse hat das uneingeschränkte Recht der Beschwerde, gleichgültig, ob er volljährig, entmündigt oder geschäftsunfähig ist.

Wiewohl es sich hierbei um eine Frage des öffentlichen Rechts handelt, empfiehlt *Sch.* aus Zweckmäßigkeitsgründen, die ordentlichen Gerichte, nicht die Verwaltungsgerichte, mit der Überwachung der Anstaltsinsassen zu betrauen. Das ihnen zu übertragende Sicherungsverfahren soll dem Entmündigungsverfahren, aber nur formal, nachgebildet sein, wie er des genaueren ausführt. Wenn die den Anstalten übergeordneten Verwaltungsbehörden unter Hinzuziehung des Regierungs- und Medizinalrats und des Amtsrichters als des Vertreters der Sicherungsbehörde in ihrer untersten Instanz die öffentlichen Anstalten besichtigen, dürfte sich die Schaffung einer besonderen Besuchskommission, die sich bei der Überwachung der Privatanstalten durchaus bewährt hat, erübrigen.

Schließlich bespricht *Sch.* die Voraussetzungen, von denen die Entlassung abhängig zu machen ist, und empfiehlt hierbei möglichst weitherziges Entgegenkommen. Auch die Entlassung darf mit der Frage der Entmündigung nicht verquickt werden.

Sch. beantragt, daß der Deutsche Verein für Psychiatrie bei den zuständigen Behörden dahin vorstellig wird, daß ihm vor Erlaß eines Irrengesetzes dessen Entwurf im Wortlaut rechtzeitig zur gutachtlichen Stellungnahme zugänglich gemacht wird, und stellt anheim, falls nicht sofort in eine Erörterung über seinen Vortrag eingetreten wird, die Frage des Irrenrechts zum Gegenstand eines Berichts für die nächste Versammlung, gegebenenfalls unter Hinzuziehung eines juristischen Mitberichterstatters, zu machen.

Aussprache. — Schatzrat Dr. *Drechsler*-Hannover: Vom Standpunkte des Verwaltungsbeamten kann ich den Grundgedanken des Vorredners nur zustimmen. Die bunte Verschiedenheit der Bestimmungen über die Aufnahme und Entlassung der Geisteskranken in den einzelnen Ländern, Provinzen und Städten, die Unsicherheit über die Zuständigkeit der Behörden, wie sie in entgegengesetzten Entscheidungen des preußischen Oberverwaltungsgerichts bei Zurückhaltung gemeingefährlicher Kranker bezeichnenden Ausdruck findet, zwingen zur reichsgesetzlichen Regelung. Da zudem im Publikum eine gesetzliche Regelung zur Sicherheit der Kranken vielfach gefordert wird, so sollte man, obwohl Mißstände nach dieser Richtung hin nicht vorliegen, den Wünschen nachgeben und durch einen sachverständigen Entwurf der Gefahr eines überstürzten unsachgemäßen Gesetzes vorbeugen. Der reichsgesetzlichen Regelung be-



dürfen die Vorschriften über die Aufnahme, Überwachung und Entlassung. Die beiden widerstrebenden Standpunkte, der ärztliche, der im Interesse der Kranken ein von allen Formvorschriften befreites Aufnahmeverfahren fordert, und der Standpunkt des Publikums, das stets eine Freiheitsberaubung fürchtet, lassen sich nur auf dem vom Vortragenden geforderten Wege vereinigen. Deshalb muß auch der Verwaltungsbeamte die Forderung fallen lassen, daß vor der Aufnahme die Kosten sichergestellt seien, und sich mit nachträglicher Einziehung im Verwaltungsverfahren begnügen. Ebenso kann er auf die Mitwirkung der Obrigkeit verzichten und mit einem ärztlichen Zeugnis, das der Anstaltsleiter nachprüft, zufrieden sein. Andrerseits sind der Sicherungsbehörde strenge Überwachungsrechte einzuräumen. Sie muß unter Zuziehung von Sachverständigen endgültig über Aufnahme und Entlassung bei Beschwerden von irgendeiner Seite, insbesondere des Kranken, entscheiden. Obwohl diese Tätigkeit streng genommen den Verwaltungsgerichten zuzuweisen wäre, stehe ich doch auch als Verwaltungsbeamter nicht an, sie den Gerichten zu übertragen, und zwar vorwiegend aus praktischen Gründen, weil der Richter am Orte der Anstalt jederzeit erreichbar ist, während die Verwaltungsgerichte nur periodisch zusammentreten. Zudem steht der Richter durch das Vormundschafts- und Entmündigungswesen den Verhältnissen nahe. Wenn das Reichsgesetz sich auf die Regelung dieser Fragen beschränkt, im übrigen aber nicht von Berlin aus schablonenhaft alles regelt, sondern den Ländern und Verwaltungen Freiheit der Entschließungen läßt, so kann ein solches Reichsgesetz eine Wohltat für Kranke und Anstalten werden und gleichzeitig das leider noch immer nicht geschwundene Mißtrauen der Bevölkerung gegen die Anstalten ganz beseitigen.

Die Versammlung beschließt, daß ein Bericht über Schaffung eines Irrengesetzes auf die Tagesordnung der nächsten Jahresversammlung gesetzt wird.

Wattenberg-Lübeck: Die Benennung unserer Heilanstalten; eine Gegenwartsfrage.

In den Jahreskursen für ärztliche Fortbildung weist *Weygandt* im Maiheft 1916 auf eine Reihe von bedeutsamen Aufgaben hin, die nach dem Kriege psychiatrischerseits zu lösen sein würden. Wenn der bisher erreichte Zustand keineswegs befriedigt, so sei daran zum großen Teil das „Odium" schuld, welches immer noch wie ein Alp auf den Heilanstalten laste.

Dieser Auffassung *Weygandts* ist durchaus beizutreten.

Es erscheint als eins der wichtigsten und baldmöglichst zu erstrebenden Ziele, dieses Odium zu beseitigen, das in der Mehrzahl der Fälle nicht nur die rechtzeitige Aufnahme unserer Kranken, sondern auch eine weitere Aufwärtsentwicklung unserer Heilanstalten verhindert.

Eine Reihe gleichwertig nebeneinanderstehender Aufgaben wird diesem Zwecke dienen können:



1. Gesetzliche Bestimmungen zur dauernden Bekämpfung der wichtigsten vermeidbaren Ursachen der Geisteskrankheiten (Vererbung, Alkoholismus, Syphilis). 2. Staatliche Unterstützung aller Bestrebungen zur Förderung einer wirksamen Rassenhygiene. 3. Leichte Aufnahmebedingungen. 4. Leichte Entlassungsbedingungen (Reverse). 5. Gesetzliche Bestimmungen über die Unterbringung gefährlicher Psychopathen (Komplottierer, Ein- und Ausbrecher, Sexualverbrecher usw.) in besonderen Bewahranstalten, nachdem das Vorliegen des § 51 RStG. festgestellt ist. (Keine Adnexe an Straf- oder Heilanstalten.) 6. Fachärztliche Aufsicht über ungeheilt Entlassene außerhalb der Heilanstalten bezw. Kliniken. 7. Gesetzliche Bestimmungen über die Fürsorgepflicht des Staates bei Idioten usw. 8. Einheitliche Regelung der Höhe der Entschädigung bei Unterbringung von Geisteskranken in fremden Bundesstaaten. 9. Gesetzliche Bestimmungen über die Erstattung von Gutachten bei Gericht durch theoretisch und praktisch ausgebildete Fachärzte. 10. Heranziehung und Erhaltung tüchtiger, pflichteifriger und berufsfreudiger Ärzte und eines erstklassigen Beamten-, Angestellten- und Pflegepersonals. 11. Schaffung baulicher und inventarischer Einrichtungen, die in hygienischer, diagnostischer und therapeutischer Hinsicht modernen psychiatrischen Anforderungen entsprechen. 12. Hereinlassung von Licht und Luft in die Heilanstalten, Besuche von Angehörigen und Fremden, Aufklärung der Bevölkerung durch Wort und Schrift. 13. Ausbreitung der Familienpflege. 14. Errichtung von Polikliniken bezw. Beratungsstellen. 15. Errichtung von offenen Abteilungen für Nervenkranke, die räumlich entfernt von der eigentlichen Heilanstalt zu erbauen sein würden. 16. Abänderung des Namens Heilanstalt in Nervenheilanstalt. 17. Wiedervereinigung von Psychiatrie und Neurologie.

Von allen diesen großen Zielen und Aufgaben, die zum Teil hier und da bereits verwirklicht sind, und auf die von fachärztlicher Seite zu vielen Malen und bei den verschiedensten Gelegenheiten in eindringlichster Weise hingewiesen ist, will ich heute nur eine: die Benennung unserer Heilanstalten, und die mit diesem Thema eng in Zusammenhang stehende Zweckmäßigkeit einer Wiedervereinigung der Psychiatrie und Neurologie herausgreifen. Die ganze historische Entwicklung der Frage der Benennung unserer öffentlichen Spezialheilanstalten drängt zur Wahl des Namens „Nervenheilanstalt". — In der Heilanstalt Strecknitz-Lübeck hat sich bisher die Aufnahme von Nervenkranken aller Art bewährt, obgleich eine besondere Abteilung für Nervenkranke nicht erbaut ist. — Der bloße Name „Heilanstalt" ist ein zu allgemeiner Begriff. Aus dem Namen einer Spezialheilanstalt muß ihre Bestimmung ersichtlich sein. — Der Name Heilanstalt sollte nur synonym mit Krankenhaus gebraucht werden. — Der bloße Name „Heilanstalt" trägt dem Verschleierungsbestreben der großen Masse des Volkes Rechnung, ein Umstand, gegen den nicht scharf genug Front gemacht werden kann. — Mit der



Benennung „Heilanstalt X“ ist gegenüber dem alten Namen „Irrenanstalt“ nichts gewonnen. — Die Ansichten der Fachärzte über die richtige Benennung gehen weit auseinander. *Olah* und *Alt* haben für staatliche Irrenanstalten zuerst den Namen Nervenheilanstalten in Vorschlag gebracht. *Hüfler*-Chemnitz hat ihn zuerst in die Tat umgesetzt. — Im letzten Jahrzehnt hat sich mehr und mehr die Bezeichnung „Heilanstalt“ eingebürgert. — Bei der Frage der zweckmäßigen Benennung der Heilanstalt müssen m. E. drei Punkte in erster Linie Berücksichtigung finden: 1. soll der Name wissenschaftlich berechtigt sein, indem er das Wesen der Sache wiedergibt, 2. soll er möglichst kurz und deutsch sein, und 3. soll er kein Hindernis für eine möglichst leichte und frühzeitige Aufnahme der Kranken bilden.

Allen diesen Anforderungen wird der schlichte Name „Nervenheilanstalt“ gerecht. Er gibt in knapper Form das Wesen der Sache wieder, er wird von allen Seiten verstanden und trägt in seiner Bedeutung dazu bei, alte Vorurteile allmählich zu überwinden und der wichtigen wissenschaftlichen Tatsache, daß Geisteskranke nichts anderes als Gehirnkranke, d. i. Nervenkranke sind, mehr und mehr überall Eingang zu verschaffen. Er wird also im Verein mit möglichst leichten Aufnahmebedingungen eine möglichst frühzeitige und rasche Aufnahme aller Arten von Nervenkranken herbeiführen. Es erscheint nicht richtig, die Bezeichnung „Nervenheilanstalt“ deswegen abzulehnen, weil der Begriff „Nervenheilanstalt“ im allgemeinen Sprachgebrauch bisher die eigentlichen Geisteskranken nicht umfaßt. Der allgemeine Sprachgebrauch ist nicht das Entscheidende, ausschlaggebend für die Beantwortung dieser Frage können nur fachärztliche Gesichtspunkte sein. Rechtliche, soziale und wirtschaftliche Gründe dürfen auch nicht gegen die Wahl des Namens „Nervenheilanstalt“ sprechen, da die Begriffe des Rechts und der Willensfreiheit des Einzelindividuums nicht starre und unabänderliche, sondern relative und wandelbare sind. Ausschlaggebend bei der Frage der Benennung unserer Heilanstalten darf allein das Wohl der Kranken sein. Daß irgendein theoretischer und praktischer Grund dagegen spräche, daß wir unsere an ihrem Zentralnervensystem Erkrankten „Nervenkranke“ und unsere Heilanstalten auch „Nervenheilanstalten“ bezw. „Kliniken“ nennen, kann ich nicht finden.

Mit dem Namen unserer Heilanstalten hängen eng zwei andere Aufgaben zusammen: 1. müssen aus unseren Heilanstalten baldmöglichst die asozialen Elemente entfernt werden, die ihre freie Aufwärtsbewegung verhindern, das sind die Psychopathen, soweit sie verbrecherische Eigenschaften haben (Ein- und Ausbrecher, Komplottierer, Sexualverbrecher usw.). Sie sind in besondere Bewahranstalten unterzubringen, nachdem das Vorliegen des § 51 RStG. bezw. § 6 BGB. festgestellt ist. 2. müssen wir in weitestem Umfange die Kranken aufnehmen, die unsere Heilanstalten noch mehr als bisher zu wirklichen Krankenanstalten werden



lassen, das sind die Nervenkranken der verschiedensten Form. Auf die Bedeutung der in unseren Heilanstalten bereits vorhandenen vielfachen Gelegenheiten zur Arbeitstherapie für Neurotiker wurde von *Weber* bereits hingewiesen.

Über das Wesen der geistigen Störungen mag man verschiedener Meinung sein, über eine sind sich alle Psychiater der Gegenwart einig, daß das psychische Geschehen in irgendeiner Form an das Zentralnervensystem gebunden ist, mögen sie nun mehr von einer anatomischen oder mehr von einer psychologischen Basis ausgehen. Daher trifft auch der Name „Nervenheilanstalt" das Wesen der Sache. — Psychiatrie und Neurologie sind aufeinander angewiesen und auf das engste miteinander verbunden. Eine ohne die andere ist theoretisch und prak is h nicht denkbar, ebensowenig wie eine Trennung in Somatiker und Psychiker. — Eine Wiedervereinigung der künstlich geschaffenen zwei Fächer würde mutmaßlich intensiv befruchtend wirken.

Es erscheint wünschenswert, daß der Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie die Frage einer etwaigen Verschmelzung mit der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte in Erwägung zieht. Auf die Bedeutung dieser Frage haben schon *Griesinger* und *Fürstner* hingewiesen.

Weber-Chemnitz: Neuorganisation der Städtischen Nervenheilanstalt in Chemnitz.

Die 1905 errichtete Anstalt war lediglich für Geisteskrankheiten bestimmt, für welche die Stadtgemeinde die Unterhaltungspflicht hatte; mit einer 1909 vorgenommenen baulichen Vergrößerung umfaßt sie 320 Betten, welche auf 2 Aufnahmepapillons und ein größeres Doppelhaus verteilt sind. Im Jahre 1912 übernahm der Staat die gesamte Irrenfürsorge des Landes in eigene Anstalten. Die Stadt Chemnitz hatte nur noch die Verpflichtung, eine kleine Aufnahme- und Beobachtungstation für die Geisteskranken zu unterhalten, die bei längerer Dauer ihrer Erkrankung in die Landesanstalten überführt werden. Um die dadurch zum größten Teil freiwerdende Anstalt auszunutzen, wurde auf Vorschlag des ärztlichen Leiters eine „offene Abteilung" zur Behandlung funktioneller Nervenkrankheiten, chronischer körperlicher Erkrankungen (organische Nervenkrankheiten) und eine Beobachtungsstation für nervöse oder psychopathische Kinder eingerichtet. Diese enge Verbindung von Geistes- und Nervenkranken in einer Anstalt hat sich verwaltungstechnisch und therapeutisch bewährt, ohne daß besonders tiefgreifende Umgestaltungen in den Aufnahmebestimmungen, dem baulichen Charakter oder den Einrichtungen der Anstalt nötig waren. Die Nervenkranken können ohne besonderes ärztliches Zeugnis Aufnahme finden unter den gleichen Bedingungen wie die Kranken der städtischen Krankenhäuser; ihre Entlassung ist auch an keine besonderen Vorschriften gebunden. Das eine größere Haus ist hauptsächlich für die Unterbringung der nicht geistes-



kranken Patienten (Neurosen, körperlich Kranke, Kinder) bestimmt. enthält aber auch leicht geisteskranke Insassen, so daß eine ganz strenge räumliche Trennung der verschiedenen Krankheitsgruppen nicht durchgeführt ist. — Die mäßige Größe der Anstalt (ca. 300 Belegzahl auf ca. 900 Aufnahmen im Jahr) ermöglicht eine individuelle Behandlung der Fälle verwaltungsmäßig und therapeutisch; man kann auch bei der nahen persönlichen Verbindung mit der Verwaltungsbehörde etwaige Schwierigkeiten bei der Aufnahme oder Entlassung rasch erledigen.

Durch diese Organisation sind alle Gruppen irgendwie psychisch oder nervös abnormer Kranker in einer Anstalt vereinigt, wo die Einrichtungen für psychische Behandlung, besonders auch Arbeitstherapie in Werkstätten und Gärten, ihnen allen zuteil werden können. Für die funktionellen Nervenkranken mit stärker ausgesprochenen psychopathischen Eigenschaften ist auch wesentlich, daß sie bei plötzlich auftretenden Erregungs- oder Verstimmungszuständen sofort unter sichere psychiatrische Obhut auf die geschlossene Abteilung genommen werden können. Deshalb eignet sich die neue Einrichtung namentlich für die „Grenzzustände", die wegen ihrer psychopathischen Eigenschaften schwer in die gewöhnlichen Krankenanstalten passen, dort auch nicht die notwendige Psychotherapie finden würden, aber nach den Aufnahmebestimmungen gewöhnlich auch nicht in die reinen Irrenanstalten aufgenommen werden können. — Neben den Neurosen kommen zahlreiche organische Nervenerkrankungen zur Aufnahme. Die Kinderstation ist bestimmt für die Beobachtung Jugendlicher, welche in der Schule, der freien oder Fürsorgeerziehung versagen, auch zur Behandlung abnormer Zustände, z. B. des Bettnässens. In jedem Falle wird bei Beendigung der Beobachtung ein Gutachten über weitere Erziehungs- und Behandlungsvorschläge erstattet.

Diese Neueinrichtungen in der Chemnitzer Anstalt haben sich im ganzen bewährt, obwohl wegen des Krieges und der Verarmung die dafür eigentlich geplanten baulichen Umänderungen nicht durchgeführt werden konnten.

Sinngemäß ließe sich ähnliches auch für die großen Landes- und Provinzialirrenanstalten durchführen, die jetzt über freie Plätze verfügen. Sie sind die geeigneten Behandlungsstätten für Neurotiker und Psychopathen aller Art wegen ihrer landschaftlichen Lage, ihrer baulichen Einrichtungen und ihrer Beschäftigungsmöglichkeiten. Das Zusammenleben mit ruhigen Geisteskrankheiten ist für die Neurotiker kein Schaden, sondern eine solche Vermischung und Verdünnung mit andern Kranken und das Vorbild der ruhigen Geisteskranken bei der Beschäftigung lenkt die Neurotiker von der hypochondrischen Betrachtung ihres Zustandes ab und hält sie ab von dem dauernden gegenseitigen Klagen ihrer Beschwerden, wie dies in manchen reinen Nervenheilstätten in hypochondrischer und querulatorischer Form zutage tritt, besonders wo viele Unfallneurotiker sind.



Die Größe der modernen Anstalten, ihre Gliederung in zahlreiche kleine Abteilungen ermöglicht es auch, eine häufige Verlegung der nervösen Kranken vorzunehmen, die besonders nötig ist bei den mit psychopathischen Zügen komplizierten Fällen. Dabei braucht die vorübergehende Unterbringung der Neurotiker auf Wachstationen für Geisteskranke (z. B. bei Verstimmungs- oder Erregungszuständen) durchaus nicht vermieden zu werden. Wo Familienpflege an die Anstalt angegliedert ist, kann sie auch verwandt werden als Übergang zur Wiederentlassung event. unter versuchsweiser Beschäftigung des Neurotikers im Erwerbsleben. Die Anstalten haben durch die Aufnahme der Grenzzustände den Vorteil, daß dieser mehr wechselnde Krankenbestand eine stärkere Verbindung der Anstalt mit der Außenwelt schafft und manche Vorurteile bekämpfen hilft. Auch die Unterbringung mancher Arten der „chronisch körperlich Kranken“ in den Irrenanstalten wäre zu erwägen. Das Bedürfnis, solche Kranken: Hemiplegiker, Arthritiker, leicht Senile dauernd unterzubringen ist sicher vorhanden. Die Städte können diese Aufgaben jetzt nicht überall übernehmen. In den Außenstationen (Kolonien) der Irrenanstalten können solche untergebracht werden, die seltener ärztlicher Überwachung bedürfen, in den Siechenstationen schwerere Fälle von Lähmung, Dekubitusgefahr. Für die Ärzte ergeben sich neue dankbare therapeutische Aufgaben und, da immer auch organische Erkrankungen dabei vorkommen, eine Erweiterung und Frischhaltung ihrer neurologisch-diagnostischen Erfahrungen. Die dieser Einrichtung entgegenstehenden Verwaltungs- und Betriebsschwierigkeiten können bei gutem Willen überwunden werden unter der Voraussetzung, daß alle beteiligten Stellen bereit sind, ein gewisses Maß von Verantwortung zu übernehmen.

E. Meyer-Königsberg: Zur Frage des künstlichen Abortes bei Geistes- und Nervenkrankheiten.

M. weist unter Mitteilung eines einschlägigen Falles darauf hin, daß bei „geisteskranken Frauenspersonen“ im Sinne des § 176, 2 StGB. die Unterbrechung der Schwangerschaft gerechtfertigt sei. Eine ärztliche Indikation im gewöhnlichen Sinne liegt zwar zumeist nicht vor, doch ergibt sich die Berechtigung zu dem Eingriff aus der gewissenhaften Ausübung der Berufstätigkeit (Gesetz betreffend die ärztlichen Ehrengerichte). In einem 2. Falle, bei dem der Ehegatte ein wegen Geisteskrankheit Entmündigter war und gleichzeitig die Frau „mit den Nerven völlig zusammengebrochen“ war, erschien die Unterbrechung ebenfalls berechtigt unter Berücksichtigung dessen, daß es sich um die gleichsam erzwungene Schwängerung durch einen Geisteskranken handelte, und auch des Nervenleidens der Frau. *M.* führt aus, daß eugenische Indikation, die ja auch in solchen Fällen in Betracht käme, prinzipiell wegen der noch unzureichenden Unterlagen abgelehnt werden müsse, aber doch wohl in manchen Fällen eine Art Hilfsindikation biete. Falls gesetzliche Maßnahmen



über die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft kommen sollten, so wären jedenfalls die im Schweizer Vorentwurf vorgesehenen Bestimmungen als vorbildlich zu nehmen, in denen auch „geisteskranke Frauen" im Sinne des § 176 StGB. berücksichtigt sind.

Schröder-Greifswald: Degenerationspsychosen und degeneratives Irresein.

Vortr. umschreibt und charakterisiert unter dem Namen der Degenerationspsychosen als eine eigene, in ihrer Häufigkeit vielfach noch unterschätzte Krankheitsgruppe Fälle, von denen ein Teil bekannt ist als paranoische Zustände verschiedenen Gepräges (*Bonhoeffer*, *Specht* u. a.), von denen andere als atypische Zustände des manisch-depressiven Irreseins bezeichnet worden sind, wieder andere als geheilte Katatonien gelten usw. Mit den manisch-depressiven und den hysterischen Psychosen bilden die Degenerationspsychosen eine größere Gruppe, das degenerative Irresein, welches neben andere große Gruppen, wie die symptomatischen Psychosen, die Psychosen bei hirnatrophischen Prozessen und die Dementia praecox-Gruppe, einzureihen ist. (Der Vortrag wird veröffentlicht in der Z. f. d. g. Neur. u. Psych.)

Aussprache. — *Stransky*-Wien möchte, falls der Vortr. an dem von ihm vorgeschlagenen Oberbegriff festhält, darin die Paranoia (d. h. die echte) nicht missen; zweifellos zeigen deren atypische Formen und die atypischen Fälle manisch-depressiven Irreseins gewisse Beziehungen, wenn sie auch nicht identisch sind im Sinne etwa *Spechts*.

Neisser-Bunzlau möchte glauben, daß die Steigerung der physiologischen periodischen Schwankungen den Degenerierten mehr weniger allgemein zukommt, wie am besten *Binswanger* gezeigt hat; es dürften sich deshalb diese Erscheinungen wohl nicht als Gesichtspunkt für die Abgrenzung besonderer Degenerationspsychosen eignen.

Fischer-Gießen: Beitrag zur tierexperimentellen Forschung in der Psychiatrie.

(Erscheint ausführlich in der Mschr. f. Psych.)

Aussprache. — *Schröder*-Greifswald: Eine Nachprüfung müßte klinisch möglich sein durch Abtragung von Nebennierenteilen bei epileptischen Tieren oder Menschen.

Kafka-Hamburg betont, daß auf Grund andersartiger Untersuchungen es ihm als wahrscheinlich erschienen ist, daß bei der genuinen Epilepsie die Nebenniere und Schilddrüse eine Rolle spielen und zum Krampfanfall nähere Beziehungen haben. Organtherapeutische Schilddrüsenverabreichung schien im Gegensatz zu *Bolten* ohne wesentlichen Erfolg; daß Nebennierenverabreichung das gleiche Schicksal hatte, wird nach des Vortr. Ausführungen nicht verwundern.

Fischer (Schlußwort): Zur Frage von Herrn Prof. *Schröder* möchte

ich bemerken, daß meine Bemühungen, krampfkranke Tiere, insbesondere Affen, zu bekommen, bisher leider erfolglos waren. Bei einem 21 jährigen Patienten, der an täglichen, zum Teil gehäuften Anfällen litt, wurde auf seinen Wunsch der größte Teil der linken Nebenniere durch Herrn Prof. *Brüning* in Gießen entfernt. Seit der Operation ist bisher kein Anfall mehr aufgetreten, doch ist die Beobachtungsdauer noch zu kurz, um etwas Endgültiges über den Erfolg auszusagen.

Dubbers-Allenberg: Unterm 27. Januar 1920 hat der Minister für Volkswohlfahrt verfügt, daß sämtliche der Provinzialverwaltung unterstehende Krankenanstalten von den zuständigen Regierungs- und Medizinalräten mindestens einmal jährlich sowie aus besonders dringenden Anlässen unvermutet und nach denselben Grundsätzen besichtigt werden, wie sie im § 100 der Dienstanweisung für die Kreisärzte hinsichtlich der Besichtigungen der übrigen Krankenanstalten anzusehen sind. Die Aufsicht über die Provinzialanstalten führte bisher gemäß Allerh. Erlaß vom 12. Mai 1898 der Oberpräsident. Wenn wir uns gegen diesen Erlaß wehren, so geschieht es nicht in der Absicht, uns der Aufsicht zu entziehen. Eine Aufsicht durch eine Fachbehörde ist uns Anstaltsleitern durchaus erwünscht. Sie ist für den Anstaltsleiter eine Rückendeckung und eine Entlastung einerseits und gibt Anregung und Aufmunterung zu ersprießlichem Weiterarbeiten. Wogegen ich mich aber wende, ist die Aufsicht durch eine nichtfachliche Behörde. Und als Fachbehörde für die Provinzial-Irrenanstalten sind der Regierungsmedizinalrat und der Kreisarzt sicher nicht anzusehen. Mögen auch einzelne von ihnen aus ihrer früheren Tätigkeit den Anstaltsbetrieb aus eigener Anschauung kennen, bei den meisten wird es nicht der Fall sein, viele werden kaum einmal eine Irrenanstalt besichtigt haben. So werden Reibungen unvermeidlich sein, und statt der Sache dienlich und fördernd zu sein, werden nur Schwierigkeiten entstehen. Nun soll freilich nach dem Erlaß des Wohlfahrtsministers tunlichst ein angesehener Irrenarzt als besonderer Sachverständiger zugezogen werden, offenbar in der Erkenntnis, daß eben den genannten Persönlichkeiten das erforderliche psychiatrische Sachverständnis abgeht. „Tunlichst", d. h. unter Umständen, geht es auch ohne solchen Sachverständigen, und dann kann es leicht dahin kommen, daß es zur Regel wird. Daß es dahin kommen wird, liegt keineswegs außerhalb des Bereiches der Möglichkeit. Hat doch bereits der Landesdirektor der Rheinprovinz erklärt, daß er es ablehnen müsse, einen seiner Anstaltsdirektoren zur Verfügung zu stellen, um die Einrichtungen einer Nachbarprovinz zu revidieren und zu kritisieren. Auch die Provinzialverwaltungen haben aus allgemeinen Verwaltungsrücksichten Einspruch erhoben gegen den Ministerialerlaß des Wohlfahrtsministers. Der Landesdirektor der Rheinprovinz gibt zum Schluß in seiner Einspruchsschrift namens der preußischen Landesdirektoren der Staatsregierung zur Erwägung anheim,



wenn sie glaube, daß die Provinzialverbände nicht in ausreichender und sachgemäßer Weise das Irrenwesen verwalten, die Folgerung zu ziehen, den Provinzialverbänden das Irrenwesen abzunehmen und in eigene Verwaltung zu übernehmen. Wir wollen hoffen, daß die Staatsregierung diese Folgerung nicht zieht, sondern die andere Folgerung und den Erlaß zurückzieht. Wenn sie statt dessen den Erlaß von 1897 betreffend die Beaufsichtigung der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten wieder auffrischt, die alte Besuchskommission, wie sie unter *Zinn* und *Moeli* arbeitete, wieder ins Leben ruft, würde den Interessen der Kranken, der Anstalten und der Aufsichtsbehörde vollauf gedient sein. Dieser Kommission den Regierungsmedizinalrat und den Kreisarzt beizuordnen, damit diese Herren auch die in ihrem Verwaltungskreis liegenden Provinzialanstalten kennenlernen, würde wohl nirgends auf Widerstand stoßen. Diese Kommission müßte aber auch wirklich in Tätigkeit treten, alle ein oder zwei Jahre einmal jede Anstalt besuchen, nicht nur aus Anlaß irgendwelcher unliebsamen Vorkommnisse. Ich bitte Sie daher, folgende Entschließung anzunehmen: „Der Deutsche Verein für Psychiatrie begrüßt die Überwachung der öffentlichen Irrenanstalten durch regelmäßige Besichtigungen. Er erhebt aber Einspruch gegen den Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 27. Januar 1920, wonach die Aufsicht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten den Oberpräsidenten abgenommen und den Regierungspräsidenten (Regierungsmedizinalräten und Kreisärzten) übertragen wird, und bittet, den Erlaß vom 12. Mai 1897 betr. die Beaufsichtigung der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten dahin zu ergänzen, daß die darin ernannte Besuchskommission sämtliche Anstalten jährlich mindestens einmal zu besuchen hat, und daß zu diesen Besichtigungen, bei denen der psychiatrische Sachverständige unter keinen Umständen fehlen darf, die zuständigen Regierungsmedizinalräte und Kreisärzte zugezogen werden können."

Aussprache. — *Baumann*-Landsberg teilt mit, daß er als Vorsitzender des Reichsverbandes beamteter deutscher Irrenärzte im Auftrage des Vorstandes an das preußische Wohlfahrtsministerium eine Eingabe gerichtet hat, in der es als nötig bezeichnet wird, daß die Kreisärzte bei der Besichtigung ausgeschaltet werden, diese vielmehr nur durch die Regierungsmedizinalräte vorgenommen werden könne. Außerdem sollte nicht „tunlichst", sondern „auf jeden Fall" ein angesehener Irrenarzt zugezogen werden, dessen Auswahl nicht im Benehmen mit der Ärztekammer, sondern mit der organisierten Berufs- und Standesvertretung der beamteten Irrenärzte vorzunehmen sei.

Weygandt-Hamburg empfiehlt als Besuchsfrist ein Jahr. Die Teilnahme von Laien an den Besuchsausschüssen ist nach Hamburger Erfahrungen nicht bedenklich, eher aufklärend und beruhigend für die Öffentlichkeit. Teilnahme eines Facharztes ist unerläßlich.

Tuczek-Marburg: Wenn die Handhabung des Erlasses, wie sie in der Provinz Hessen-Nassau beschlossen ist, allgemein gesichert erscheinen



darf, wonach die Kommission sich aus dem Regierungsrat als Dezernenten der Polizei, dem Regierungsmedizinalrat und einem Fachpsychiater unter Zuziehung des Kreisarztes zusammensetzt, bin ich der Meinung, daß eine etwa beabsichtigte Resolution nicht zu scharf und nicht zu grundsätzlich formuliert werden sollte.

Zinn-Eberswalde: Wenn die Art der Durchführung des Erlasses in der Form gesichert wäre, wie sie Herr *Tuczek* geschildert hat, so würden die Bedenken gegen den Erlaß wesentlich abgeschwächt. Dem ist aber nicht so. Besichtigungen lediglich durch den Kreisarzt sind keineswegs ausgeschlossen. Ich empfehle daher dringend, die Entschließung heute hier anzunehmen mit der Änderung, die Herr *Weygandt* vorgeschlagen hat, daß die Besichtigungen jährlich stattfinden sollen. Es wird zugleich auch durch unsern Beschluß die Eingabe der Landeshauptleute gegen den Erlaß wirksam unterstützt werden.

Orthmann-Johannistal wendet sich gegen die Äußerung von *Tuczek*, der Kreisarzt müsse hinzugezogen werden, damit er die Ausführung und Durchführung etwaiger Anstände der Kommission überwachen könne.

Der Antrag *Dubbers* wird einstimmig angenommen [1]).

3. Sitzung vom 28. Mai 1920, vormittags 9 Uhr.

Vor der Sitzung findet eine Besichtigung der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg und Demonstrationen in den Laboratorien durch *Jakob*, *Kafka*, *Rittershaus* statt.

Wahl des Vorstandes: Wiedergewählt wird *Bonhöffer*-Berlin, neugewählt *Baumann*-Landsberg, *Boedeker*-Schlachtensee, *Gaupp*-Tübingen, *Mercklin*-Treptow a. R., *Vocke*-Eglfing, *Weygandt*-Hamburg.

Zu Ehrenmitgliedern werden ernannt *Kraepelin*, *Siemens* und *Tuczek*.

Hierauf folgt der zweite Bericht über

Die Abnahme des Alkoholismus in ihrer Wirkung auf die Geisteskrankheiten.

I. *Wagner v. Jauregg*-Wien: Es ist eine bekannte Tatsache, daß in den Zentralstaaten der Alkoholverbrauch während des Krieges bedeutend abgenommen hat, da die zur Erzeugung von alkoholischen Getränken erforderlichen Stoffe diesem Zwecke bei dem Mangel an Nahrungsmitteln nicht zugeführt werden konnten, sondern für die Ernährung der Bevölkerung vorbehalten bleiben mußten.

Ich habe mich bemüht, eine zahlenmäßige Vorstellung zu gewinnen, inwieweit der Alkoholverbrauch in Österreich während des Krieges und in der Zeit nach dem Ende des Krieges abgenommen hat.

---

[1]) Der Beschluß wurde dem preußischen Minister für Volkswohlfahrt übersandt, dessen Antwort im vorigen Hefte, S. 425, abgedruckt ist.





Wenig berührt vom Kriege war aus begreiflichen Gründen die Erzeugung von Wein; und da man ihn einer andern Verwendung nicht zuführte, wurde er auch getrunken. Unsere Statistik ist aber durch den Krieg und durch die Zerstückelung von Österreich einigermaßen in Unordnung geraten. Ich verfüge daher nur über die Zahlen des Weinkonsums von Wien. Doch ist der Weinkonsum im übrigen Deutschösterreich viel geringer als in Wien, zudem örtlich sehr verschieden, je nachdem es sich um eine weinbautreibende Gegend handelt oder nicht.

Verbrauch von Wein und Obstmost in Hektolitern im Gebiete von Groß-Wien:

Jahr	Wein	Obstmost
1912	721 723	11 367
1913	587 888	18 876
1914	494 834	13 655
1915	509 658	23 638
1916	469 594	98 096
1917	428 039	68 930
1918	555 810	113 394
1919	686 842	39 129

In Wien ist, wie Sie aus den Zahlen ersehen, der Weinverbrauch bis zum Jahre 1917 gesunken, so daß auf den Kopf der Bevölkerung nur mehr ca. 21,5 l kommen, gegen ca. 34,5 l im Jahre 1912.

Dagegen ist der Verbrauch im Jahre 1918, das doch fast noch ganz Kriegsjahr war, schon über die Zahl von 1914 gestiegen; und im Jahre 1919 ist der Verbrauch, wenn man die Verringerung der Bevölkerung um fast 300 000 Einwohner in Betracht zieht, schon bis zur Friedensziffer gestiegen, so daß ca. 34,5 l auf den Kopf der Bevölkerung entfallen.

Bei dem Ausfall an andern alkoholischen Getränken ist der Verbrauch von Obstmost, der in Wien im Frieden eine verschwindende Rolle spielte, beträchtlich gestiegen, schließlich bis zum Zehnfachen der Friedensziffer. Doch kommt dieses Getränk wegen seines geringen Alkoholgehaltes nicht sehr in Betracht.

Verbrauch von Bier in Deutsch-Österreich in Hektolitern:

Jahr	Bierverbrauch	Gradhältigkeit der Stammwürze
1912/13	7 070 472	11,4
1913/14	6 799 704	11,4
1914/15	5 433 155	11,2
1915/16	4 117 322	10,8
1916/17	849 079	9,4
1917/18	1 185 973	5,2
1919	2 758 134	5,0



Der Biererzeugung stand während des Krieges immer weniger Rohstoff und fast gar keine Gerste zur Verfügung. Sie sank trotzdem in den ersten Kriegsjahren nur langsam, da sie sich verschiedener Ersatzstoffe bediente, unter denen Roßkastanien eine große Rolle spielten. Erst in den letzten beiden Jahren fiel sie rascher, so daß sie gegen 1916/17 nur etwas mehr als $^1/_{10}$ der Friedensziffer erreichte. Seither ist die Ziffer wieder eine steigende. Doch ist außerdem der Alkoholgehalt des Bieres erst langsam, seit 1917 aber rasch gesunken, bis er schließlich weniger als die Hälfte des Gehaltes des Friedensbieres betrug, so daß das gegenwärtig genossene Bier kaum imstande ist, eine nennenswerte Alkoholwirkung zu entfalten. Der Bierverbrauch ist demnach von einem Quantum von ca. 109 l mit ca. $2^3/_4$ Volumprozent Alkoholgehalt per Kopf der Bevölkerung im Jahre 1912/13 auf weniger als 13,5 l eines Bieres von 1 ¼ % Alkoholgehalt im Jahre 1917/18 gesunken. Der durch Biergenuß vermittelte Alkoholkonsum betrug daher 1917/18 weit weniger als $^1/_{10}$ des Friedenskonsums. Seither, im Jahre 1919, ist der Bierkonsum der Quantität nach auf mehr als das Doppelte des letzten Kriegsjahres gestiegen; der Alkoholgehalt blieb aber unverändert niedrig.

Am wenigsten eingehend sind die Nachrichten, die ich über das für die Alkoholschäden wichtigste Getränk, den Branntwein, erhalten konnte. Es stehen mir da nur zwei Ziffern zur Verfügung. Der Verbrauch an steuerpflichtigem Spiritus einschließlich des Edelbranntweins hat in den letzten Friedensjahren im alten Österreich, auf absoluten Alkohol umgerechnet, 3,8 l pro Kopf der Bevölkerung betragen. Diese Durchschnittsziffer dürfte nach Ansicht der Steuerbehörde auch für das Gebiet des heutigen Deutschösterreich ziemlich zutreffend gewesen sein. — Für das Betriebsjahr 1918/19 berechnet die Steuerbehörde für Deutschösterreich einen Verbrauch von 0,4 l absoluten Alkohols, von dem aber noch ungefähr 20% in Abzug zu bringen sind für Alkohol, der zu pharmazeutischen und industriellen Zwecken verwendet wurde. Anderseits ist in die Ziffer nicht einbegriffen die steuerfreie Alkoholerzeugung der Hausbrennereien, die allerdings nur auf die landwirtschaftlichen Kreise beschränkt ist. Es dürfte unter Berücksichtigung des letzteren Umstandes die Ziffer 0.4 l doch ziemlich zutreffend sein für den Verbrauch an Trinkbranntwein.

Es ist demnach der Verbrauch an Trinkbranntwein fast auf ein Zehntel des Friedenskonsums herabgegangen. Die Verminderung verteilt sich aber nicht gleichmäßig auf die Städte und die ländlichen Bezirke, da das Erzeugnis der Hausbrennereien nur den letzteren zugute kommt. Speziell Wien dürfte im Branntweinverbrauch erheblich unter dem Durchschnitte sein.

Wie kommt nun die erhebliche Verminderung, die der Alkoholgenuß während des Krieges erfahren hat, in der Zahl der Geistesstörungen zum Ausdruck?



Der Krankenstand der deutsch-österreichischen Irrenanstalten betrug 11 556 Irre am 1. Januar 1914.

Krankenstand der deutsch-österreichischen Irrenanstalten am Beginn

des Jahres	Männer	Weiber	zusammen
1913	5720	5479	11 199
1914	5895	5661	11 556
1915	5880	5757	11 637
1916	5756	5826	11 582
1917	5799	5755	11 554
1918	4199	4594	8 793
1919	3071	3610	6 681
1920	2925	3440	6 365

Daß diese Verringerung des Bestandes aber der Hauptsache nach nicht auf Rechnung des abnehmenden Alkoholkonsums kam, ergibt sich klar aus dem Umstande, daß die Zahl der Zuwachse in den ersten 3 Kriegsjahren gestiegen ist und noch im 4. Kriegsjahre über der Friedensziffer war.

Zuwachse an den deutsch-österreichischen Irrenanstalten:

im Jahre	Männer	Weiber	zusammen
1913	3120	2565	5685
1914	3266	2508	5774
1915	3747	2701	6448
1916	4399	2962	7361
1917	3567	2350	5917
1918	2552	2086	4638
1919	2086	2263	4349

davon Alkoholpsychosen:

im Jahre	Männer	Weiber	zusammen
1913	475	100	575
1914	493	93	586
1915	345	82	427
1916	238	88	326
1917	124	37	161
1918	147	37	184
1919	105	21	126

Gleichzeitig stiegen aber noch viel rascher die Abgänge und überragten im Jahre 1917 um mehr als 3000 die letzte Friedensziffer; und auch in den folgenden 2 Jahren überwogen die Abgänge noch wesentlich die Zahl der Zuwachse.



Abgänge aus den deutsch-österreichischen Irrenanstalten:

im Jahre	Männer	Weiber	zusammen
1913	2945	2383	5328
1914	3281	2412	5693
1915	3871	2632	6503
1916	4336	3033	7369
1917	5167	3511	8678
1918	3680	3070	6750
1919	2367	2233	4600

davon gestorben:

im Jahre	Männer	Weiber	zusammen
1913	879	639	1518
1914	938	709	1647
1915	1373	963	2336
1916	1609	1215	2824
1917	2692	1972	4664
1918	1775	1695	3470
1919	878	915	1793

Worauf aber die Vermehrung der Abgänge zurückzuführen ist, zeigt sich eindeutig, wenn man beachtet, wie viele von den Abgängen durch Tod erfolgten. Die Zahl der Todesfälle nahm schon im Jahre 1914 zu, und im Jahre 1915 begann jenes schauerliche Sterben in den Irrenanstalten, das im Jahre 1917 den Höhepunkt erreichte, indem die Zahl der Todesfälle das Dreifache der Zahl im letzten Friedensjahr ausmachte; und auch jetzt ist dieses Sterben noch nicht beendet, denn die absolute Zahl der Todesfälle ist noch immer höher als im letzten Friedensjahre, bei fast auf die Hälfte herabgesunkenem Verpflegungsstande. Es war der Nahrungsmangel, der Hunger, dem die Geisteskranken offenbar noch weniger als die übrige Bevölkerung widerstehen konnten, und der teils indirekt, auf dem Wege über die Tuberkulose, teils direkt, durch Marasmus zum Tode führte. Diesen Sieg hatte die Entente durch ihre Aushungerungspolitik im Jahre 1917 ganz unbestreitbar errungen.

Seit 1917 trägt auch das Sinken der Zuwachse zur Abnahme der Bestandziffern bei, und sicher kommt in diesem Sinken die Einschränkung des Alkoholmißbrauchs zum Ausdruck. Aber es zeigt sich bei der Vergleichung der Gesamtzuwachse mit den Zuwachsen an Alkoholpsychosen, daß die Abnahme der ersteren in einem viel höheren Grade stattgefunden hat, als durch die Abnahme der letzteren zu erklären ist. Es muß also noch ein anderer Faktor wirksam geworden sein, der die Zahl der Fälle von Geistesstörung herabgedrückt hat. Es dürfte schwer möglich sein, wenn man sich nicht in Hypothesen einlassen will, für diese Tatsache eine befriedigende Erklärung zu finden, um so mehr, als diese Tatsache



der Erwartung ganz und gar nicht entspricht. Denn a priori wäre wohl zu erwarten gewesen, daß Krieg, nationales Unglück, Not und Teuerung die Zahl der Psychosen steigern würden. Es scheint übrigens diese Abnahme der Psychosen bereits zum Stillstande zu kommen, denn die Zahlen lauten im Jahre 1919 nicht mehr übereinstimmend; während an mehreren Orten die Abnahme der Geisteskranken noch andauert, zeigt sich an andern Orten bereits wieder eine Zunahme und zwar bei fortschreitendem Rückgang der Alkoholpsychosen oder bei einer ganz unbeträchtlichen Zunahme der letzteren.

Einen numerischen Nachweis über die Zahl der Aufnahmen von Alkoholpsychosen in den deutsch-österreichischen Irrenanstalten gibt Ihnen die Tabelle Seite 644. Aus derselben entnehmen Sie, daß die Zahl von 575 im Jahre 1913 nach einer geringfügigen Steigerung im Jahre 1914 abgesunken ist, erst langsam in den Jahren 1915 und 1916, dann rascher in den Jahren 1917 und 1918, um im Friedensjahre 1919 ihren Tiefstand zu erreichen mit 126 Aufnahmen.

Die in den Irrenanstalten erhobenen Zahlen geben aber überhaupt kein richtiges Bild von den alkoholischen Geistesstörungen, denn in die Irrenanstalt gelangen doch nur die schweren und länger dauernden Alkoholpsychosen. Insbesondere die Alkoholdelirien und die Rauschzustände kommen, wenigstens bei uns, fast nie in die Irrenanstalten.

Ein klareres und vollständigeres Bild über die Schwankungen in der Frequenz der Alkoholpsychosen ergeben darum die Zahlen der Wiener psychiatrischen Klinik, da ihr einerseits fast vollzählig alle Formen von Alkoholpsychosen zugehen, die in der Großstadt vorkommen, und sie anderseits ein sehr großes Material hat; sie hatte in Friedenszeiten eine Aufnahmeziffer von Alkoholpsychosen, die größer war als die aller deutschösterreichischen Irrenanstalten zusammen; im Jahre 1913 z. B. 787, gegenüber 575 in den Irrenanstalten.

Über die Abnahme der Alkoholpsychosen an der psychiatrischen Klinik gibt Ihnen die Tabelle (S. 647) Auskunft. (Die liegenden Ziffern geben die Zahlen der weiblichen Aufnahmen.)

Danach ist die Zahl der Alkoholpsychosen schon vom ersten Kriegsjahre an rasch und kontinuierlich gesunken. Ob aber dieses Sinken bei den Männern nicht teilweise nur ein scheinbares war, läßt sich nicht entscheiden. Es sanken die männlichen Alkoholpsychosen vor allem deswegen, weil die Männer fehlten, die sie hätten bekommen sollen. Es ist aber nicht festzustellen, wieviele dieser Männer im militärischen Verhältnis Alkoholpsychosen durchmachten. Daß die Möglichkeit des Alkoholmißbrauchs in den ersten Kriegsjahren gegeben war, dafür spricht, daß die Alkoholpsychosen bei den Frauen in den ersten Kriegsjahren verhältnismäßig langsamer abnahmen als die der Männer. Dasselbe zeigen übrigens auch die Zahlen aus den Irrenanstalten. Erst im Jahre 1917 erfolgte auch bei den Frauen der entscheidende Abfall.



Aufnahmen von Alkoholpsychosen an der Wiener psychiatrischen Klinik.

Krankheitsform	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919
Delirium	215	121	71	41	13	11	13
	25	*18*	*20*	*8*	*5*	*3*	*2*
Halluzinose	39	40	15	13	5	4	2
	5	*2*	*9*	*5*	*4*	—	—
Korsakoff	6	5	1	1	2	—	1
	1	*5*	*7*	—	*1*	*2*	—
Eifersuchtswahn	39	15	13	9	8	—	1
	1	*2*	—	—	*1*	—	*1*
Alk. Epilepsie	28	18	9	5	—	1	1
	3	*8*	*2*	*1*	—	*1*	—
Dipsomanie	28	14	22	20	12	5	6
	4	*1*	*2*	*2*	—	—	*1*
Alc. chronicus	193	151	59	53	37	31	52
	42	*45*	*32*	*41*	*9*	*6*	*8*
Rauschzustände	145	92	28	30	12	38	41
	13	*17*	*7*	*2*	—	—	*3*
Summe	693	456	218	172	89	90	117
	94	*98*	*79*	*59*	*20*	*12*	*15*
Gesamtsumme	787	554	297	231	109	102	132

Es ist bedauerlich, daß ich nicht bezüglich des Branntweinverbrauches ebensolche jährliche Nachweisungen bekommen konnte, wie bezüglich Wein und Bier. Es dürfte sich herausstellen, daß der eigentliche Zwang zur Mäßigkeit, nämlich der scharfe Rückgang der Branntweinerzeugung, erst 1917 sich geltend machte, eine Vermutung, deren Richtigkeit mir von kompetenter Seite bestätigt wurde.

Es scheint also, daß in der Abnahme der Trunksucht zwei Abschnitte zu unterscheiden sind. Im ersten nötigte der hohe Preis der alkoholischen Getränke bei noch nicht hinlänglich gestiegenen Löhnen zur Mäßigkeit; im zweiten Abschnitte fehlte aber einfach die zur Unmäßigkeit nötige Menge von Branntwein. So mußten dann auch die vom Felde Heimgekehrten, gewiß vielfach gegen ihre Neigung, trotz ausgiebigster Steigerung der Löhne mäßig bleiben resp. sich dem minder bedenklichen Weingenuß hingeben. Daher auch im Jahre 1919 eine nur geringfügige Zunahme der Alkoholpsychosen, die sich bisher nur an der psychiatrischen Klinik gezeigt hat, während die Irrenanstalten noch im Zeichen der Abnahme stehen.

Wenn wir die einzelnen Formen von Alkoholpsychosen durchgehen, zeigt sich, daß die eigentlichen Alkoholpsychosen viel beträchtlicher ab-

genommen haben als der einfache chronische Alkoholismus einerseits, die Rauschzustände, einschließlich der pathologischen, andrerseits. Nur die Dipsomanie reiht sich in der Langsamkeit des Abfalles den letztgenannten Störungen an.

Für die psychiatrische Klinik war die an und für sich erfreuliche Tatsache der Abnahme der Alkoholpsychosen eine gewisse Verlegenheit, indem Demonstrationsmaterial für die Vorlesungen fehlte. Speziell die Delirien, deren ich in Friedenszeiten immer mehrere zugleich an der Klinik hatte, wurden so selten, daß ich in manchem Semester Schwierigkeiten hatte, ein demonstrables Delirium vorzustellen. Im Laufe des letzten Halbjahres haben sich aber die Alkoholdelirien in der Klinik wieder eingestellt, allerdings noch immer in geringer Zahl, aber doch häufig genug, daß ich im vergangenen Wintersemester nicht mehr in Verlegenheit war, ein und das andere Alkoholdelirium in der Vorlesung vorzustellen.

In einem Punkte zeigen aber die jetzigen Alkoholdelirien einen wesentlichen Unterschied gegenüber den Delirien aus der Friedenszeit. Damals sahen wir Alkoholdelirien fast ausschließlich bei Schnapstrinkern; ein Delirium bei einem ausschließlich Wein Trinkenden war eine außerordentliche Seltenheit, und die Weinmengen, um die es sich dann handelte, waren sehr bedeutend. Auch die Schnapsmengen, die unsere Deliranten zu trinken pflegten, waren sehr beträchtlich. Die Mehrzahl der Deliranten waren Säufer, die ½—1 l Schnaps per Tag tranken und mehr. Jetzt spielt in Wien der Schnaps in der Ätiologie von Alkoholpsychosen und speziell von Delirien fast gar keine Rolle. Die Deliranten sind fast ausschließlich Menschen, die bloß Wein trinken. Außerdem sind die Mengen von Wein, deren habitueller Genuß hinreicht, um gegebenenfalls zu einem Delirium zu führen, verhältnismäßig gering. Ein täglicher Konsum von 1½—2 l reicht manchmal schon hin; Quantitäten, die in Friedenszeiten nie zu einem Alkoholdelirium geführt hatten. Wenn schon die relative Häufigkeit der Weindelirien beweist, daß sich in der Beschaffenheit der Säufer etwas geändert haben muß, um sie für das Alkoholgift weniger widerstandsfähig zu machen, so spricht das Auftreten von Delirien bei verhältnismäßig geringem Weinabusus um so mehr in diesem Sinne. Es ist naheliegend, zu denken, daß die Ernährungsverhältnisse da eine Rolle spielen; daß das unterernährte Nervensystem des Menschen der Jetztzeit ihn gegen den Alkohol so wenig widerstandsfähig macht. Mir scheint aber diese Erklärung nicht erschöpfend zu sein, denn ich habe unter den Alkoholdeliranten auch einige gefunden, bei denen diese Annahme nicht zutraf. So hatte ich vor kurzem einen Mühlenbesitzer in der Klinik, der bei verhältnismäßig geringem Weingenuß ein Delirium bekommen hatte. Nun haben die Müller auch während des Krieges wohl nirgends Not gelitten; und mein Müller bestätigte mir ausdrücklich, daß er während des Krieges, was Nahrung anbelangt, genau so gelebt habe wie in Friedenszeiten. Es scheinen mir unter den vielfältigsten Einflüssen, die der Krieg mit seinen Folgeerschei-



nungen auf das Nervensystem und die Psyche ausübte und noch ausübt, welche zu sein, die wir nicht zu erfassen vermögen, und die wir nur an ihren Wirkungen erkennen.

Die Gefahr einer rapiden Zunahme der Alkoholpsychosen scheint mir in Österreich wenigstens für die nächste Zeit nicht groß zu sein; denn die Spirituserzeugung wird nach wie vor staatlich bewirtschaftet, und die Nahrungsschwierigkeiten werden uns wohl noch lange dazu nötigen. Die dem Konsum zugewiesenen Mengen von Trinkbranntwein sind gering; sie betragen ungefähr $^1/_8$ des Friedenskonsums.

Man muß aber mit Besorgnis daran denken, was aus unserer Bevölkerung werden würde, wenn sich die Schnapsflut wie in Friedenszeiten über sie ergießen würde. Und man muß an diejenigen, welche die ausübende Macht im Staate haben, die Mahnung richten, ob es nicht an der Zeit wäre, das Beispiel, das uns Amerika gegeben hat, zu beherzigen und einschneidende gesetzgeberische Maßnahmen zur Eindämmung des Alkoholkonsums zu treffen.

Neben dem gesundheitlichen Gewinn, der dadurch zu erzielen wäre, kommt wohl auch die finanzielle Seite der Frage in Betracht. Denn wenn man aus den Zahlen, die ich Ihnen eingangs vorgeführt habe, ausrechnen kann, daß in Wien allein jetzt in einem Jahre mindestens 3½ Milliarden bloß für Wein verausgabt werden, sind das Zahlen, die nachdenklich machen müssen.

II. *Peretti*-Grafenberg: Nach dem Ergebnis einer Rundfrage bei den öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten und psychiatrischen Kliniken Deutschlands und bei einigen großen Krankenhäusern hat die Zahl der Aufnahmen wegen Alkoholpsychosen während des Krieges sehr bedeutend abgenommen, sie betrug 1918 bei den Männern nur $^1/_7$ und bei den Frauen fast $^1/_5$ der Zahl des Jahres 1913, während die Gesamtaufnahmen bei den Männern nur um 28% und bei den Frauen um 19% heruntergegangen waren. Delirium und Alkoholhalluzinose nahmen bei den Männern um rund 91%, bei den Frauen um rund 88% ab. Die chronischen Alkoholpsychosen um 90,5 bezw. 76%, die pathologischen und einfachen Rauschzustände um 68 bezw. 69%. Der Rückgang der Alkoholpsychosen war in den Ländern mit verbreitetem Schnapsgenuß etwas größer als in denen mit vorwiegendem Weingenuß.

Ein Einfluß der Abnahme des Alkoholismus auf den Rückgang der Aufnahme wegen nicht-alkoholistischer Psychosen ließ sich nicht erkennen, nur für verhältnismäßig große Abnahme der männlichen Epileptiker wird man wahrscheinlich einen ursächlichen Zusammenhang annehmen können. In den rheinischen Provinzialanstalten zeigte sich bei den Paralytikeraufnahmen sogar eine Zunahme.

Eine Wiederzunahme des Alkoholmißbrauchs hat sich im letzten Jahr angebahnt. Die Aufnahmen wegen Alkoholpsychosen werden wieder häufiger. Man wird auch damit zu rechnen haben, daß manche Kriegs-



beschädigte, besonders Kopfverletzte, alkoholintolerant geworden und der Gefahr psychischer Erkrankung ausgesetzt sind.

Der Rückgang der Alkoholpsychosen hat den Kommunen sehr erhebliche Ersparnisse an Anstaltskosten gebracht, ebenso die Abnahme der wegen Trunksucht bewilligten Renten und Heilverfahren den Landesversicherungsanstalten. Die Zahl der deutschen Trinkerheilstätten ist bis auf die Hälfte zurückgegangen.

Die Fortdauer der während des Krieges getroffenen Maßnahmen zur Einschränkung der Erzeugung und des Ausschankes von Branntwein, ihre gesetzliche Regelung und Verschärfung ist geboten.

Aussprache. — *Meyer*-Königsberg weist auf die erhebliche Zunahme der Alkoholpsychosen und des Alkoholmißbrauches überhaupt in letzter Zeit hin. Sekt und schwere Weine, Brennspiritus spielen die Hauptrolle. Auch bei Affektverbrechen spielt der Alkohol wieder eine erhebliche Rolle. Die Frage, ob Disposition, ob Milieu die Hauptbedeutung bei dem Alkoholismus ist, ist nicht sicher zu entscheiden. Es wäre wohl möglich, daß anderweitige Reaktionen der betreffenden Psychopathen, die wir nicht registrieren können, an die Stelle getreten waren. Eine Abnahme der Psychosen ist stets in den Kriegen beobachtet, nachher Zunahme. Eine Abnahme der andersartigen Psychosen ist nur soweit anzunehmen, als deren Anstaltspflegebedürftigkeit durch Abnahme des Alkoholmißbrauchs verringert wird.

Aschaffenburg-Köln: Die Kölner Alkoholaufnahmen sprechen durchaus für die vorwiegende Bedeutung der äußeren Lebensverhältnisse. Im ersten Quartal 1919 war die Zahl der Alkoholaufnahmen gegenüber dem ersten Quartal 1914 von 25% auf 2% gesunken. Ursache: der von den Engländern angeordnete Schluß der Wirtschaften um 8 Uhr. Mit der Hinaufsetzung der Polizeistunde auf 9 Uhr stieg die Aufnahmezahl auf 4, mit der weiteren Lockerung auf 7 und im letzten Quartal auf über 16%. Heute ist alles durchaus wieder wie früher, nur daß der Teurung und der anderweitigen Verschiebung der Vermögensverhältnisse entsprechend die akuten Rauschzustände und Folgen gegenüber den chronischen Alkoholpsychosen weitaus überwiegen.

Chotzen-Breslau: In Breslau nahmen 1919, anscheinend wie allgemein, die Psychosen insgesamt und die Alkoholisten wieder zu. Ein direkter Einfluß auf die eigentlichen Psychosen drückt sich darin wohl nicht aus. Von Alkoholpsychosen sind seit Ende 1919 wieder 2 Delirien aufgetreten. Dagegen seit 1916 kein Fall typischer Alkoholhalluzinosis. Aber auch kein atypischer Fall, wie man sie früher öfter sah. Formen, die man als chronische Alkoholpsychosen ansehen könnte, fehlen völlig, desgleichen Alkoholhalluzinosen mit demselben Verlauf. Ein verdächtiger Fall zeigte eine mehrwöchige, wenn auch nicht sehr ausgeprägte Vorgeschichte. Es liegt nahe, anzunehmen, daß solche Vorgeschichten früher hinter der alkoholischen verborgen blieben. Die früher fälschlich als



alkoholisch gedeuteten Fälle würden sich dann jetzt unter den degenerativen Psychosen oder den Paraphrenien wiederfinden. Beide haben aber bei Männern nicht zu-, sondern erheblich abgenommen. Während also entscheidende Hinweise auf die ätiologische Rolle des Alkohols bei chronischen Psychosen noch nicht gegeben sind, wird seine auslösende Wirkung in einer veränderten Zusammensetzung des klinischen Materials doch deutlich, wie u. a. auch in der starken Abnahme der männlichen Epileptiker.

Orthmann-Johannistal ist der Ansicht, daß die Schlußfolgerung der Vortragenden in ihren Leitsätzen, die Abnahme der Aufnahmen entspreche einem Rückgang der Psychosen, nicht zutrifft. Erstere erkläre sich genügend aus äußeren Umständen, bei den Männern sei sie u. a. darauf zurückzuführen, daß über 10 Millionen Männer eingezogen worden sind und deshalb nicht in den Tabellen erscheinen; bei den Frauen habe ferner die Durchführung des Hindenburg-Programms, durch das die Frauen im weitesten Umfange zur Kriegsarbeit herangezogen wurden, in der Anstalt Johannistal einen plötzlichen Abfall um 30—40% zur Folge gehabt. Daß die Aufnahmen seither nicht in dem erwarteten Maße gestiegen sind, hänge mit der Erwerbslosenunterstützung zusammen. Es sei heute lohnend, Kranke, die während der Kriegszeit gearbeitet und deshalb Anspruch auf Erwerbslosenunterstützung haben, so lange als möglich zu Hause zu halten. Trotzdem seien die Aufnahmen im laufenden Jahre stark gestiegen. Es sei daher sicher, daß der Rückgang der Aufnahmen während des Krieges nicht auf einer Abnahme der Psychosen beruhe.

Delbrück-Bremen weist auf die Gefahr des Karbidalkohols hin. Nach dem Urteil des Chemikers *Trier* ist es nur eine Frage der Zeit, daß es gelingt, aus Karbidalkohol Trinkbranntwein herzustellen. Das werden sich die betreffenden Industrien zunutze machen, sobald für technische Zwecke nicht mehr in dem Maße wie in den letzten Jahren Spiritus verwendet werden wird. Daraus wird uns eine neue gefährliche Quelle des Alkoholismus entspringen.

Stransky-Wien hat während seiner Dienstzeit als Militärgerichtspsychiater in Wien während eines großen Teiles der Kriegszeit in den ersten Jahren sehr viele Alkoholdelikte gesehen, deren Zahl dann später auffällig abnahm, namentlich im letzten Kriegsjahre. Also auch von einem andern Gesichtspunkt aus ist den Anstaltspsychiatern beizupflichten.

Neisser-Bunzlau beantragt, den Schlußleitsatz des Herrn Geh. Rat *Peretti* als Entschließung des Deutschen Vereins für Psychiatrie anzunehmen und öffentlich kundzutun. Was in einer Zeit der wirtschaftlichen Verelendung und der politischen Gärung die schon jetzt zu beobachtende Zunahme der Trunksucht zu bedeuten hat, bedarf in diesem Kreise keiner Erörterung. Es dürfte deshalb Pflicht des Vereins sein, seine warnende Stimme zu erheben.

Peretti liest den letzten Satz seines Referats vor und beantragt die Zustimmung der Versammlung. Dementsprechend beschließt die Ver-



sammlung folgende Erklärung: „Für die geistige Gesundheit des Volkes ist es ein zwingendes Gebot, daß die während des Krieges gegen den Alkoholismus getroffenen Maßnahmen auch im Frieden uneingeschränkt bestehen bleiben, gesetzlich geregelt und noch verschärft werden."

Wagner (Schlußwort): Der Meinung eines Vorredners, daß die Abnahme der Aufnahmen nicht eine Abnahme der Psychosen bedeute, sondern nur eine Zurückhaltung derselben in der Familie, kann ich auf Grund meiner Erfahrungen nicht beistimmen. Der Rückgang der Aufnahmen zeigte sich in sehr ausgesprochener Weise bei den Frauen im Jahre 1918, zu einer Zeit, da die Not in Wien sehr groß und man sicher überall bereit war, überflüssige Esser an Anstalten abzugeben.

Mühlens und *Weygandt*-Hamburg: Zur Behandlung der Paralyse.

Weygandt weist aut frühere Behandlungs- und Heilbestrebungen bei dieser schwersten Nerven- und Geisteskrankheit hin, beginnend mit Ätzungen durch Brechweinstein-Salbe. Spezifische, antiluische Methoden, auch mit Salvarsan, endolumbal und endokarotidial, haben den Erwartungen nicht weitreichend entsprochen.

Neuere Methoden fußten auf der empirischen Beobachtung, daß Psychosen durch interkurrente, fieberhafte Erkrankungen oft erheblich gebessert werden; schon 1786 sah *Reuß* Heilung der Tobsucht durch Pocken, und 1875 impfte *Rosoenblum* 22 psychisch Kranke mit Rekurrens, 11 sollen geheilt worden sein. *Nasse* beobachtete Besserung von Paralyse durch Malaria. Vortragender schildert die Geschichte dieser Beobachtungen und Versuche, insbesondere die Behandlung von Paralytikern mit Tuberkulin, mit Staphylokokkenkulturen und Intermittens tertiana durch *Wagner v. Jauregg* und seine Schüler. Auch *Weichbrodt* ging mit Malariaimpfung vor und konnte mit *Jahnel* feststellen, daß bei Lueskaninchen durch Überhitzen im Thermostaten bis gegen 45% die Spirochäten abstarben und die Schanker ausheilten. *Plaut* und *Steiner* behandelten Paralyse mit Rekurrens, zum Teil kombiniert mit Salvarsan.

Mühlens und *Weygandt* unter Mitwirkung von *Kirschbaum* konnten mehrere Serien Paralytiker mit Malaria tertiana, mit tropica und mit Recurrens behandeln. Von den bisherigen 34 Fällen sind nur die 17 schon seit 1919 Behandelten der Statistik zugrunde gelegt; auch die 4 während der Behandlung interkurrent gestorbenen sind ausgeschlossen.

Bei 12 von 17 ist erhebliche Besserung festzustellen, im Sinne einer ausgesprochenen Remission. Eine gute Remission ist nur anzunehmen, wenn die Kranken wieder fähig werden, beruflich zu arbeiten. Die Besserung erstreckte sich auf die psychologische und praktisch-klinische Seite den körperlichen und den serologischen Befund, wenn auch keineswegs immer ein bestimmter Parallelismus nachweisbar war. Entlassung und Berufstätigkeit hängen übrigens auch häufig von äußeren Umständen ab.



5 Fälle konnten wieder ihre berufliche Tätigkeit aufnehmen. Einer, bei dem zur Vervollständigung noch eine endolumbale Salvarsankur begonnen war, ist dann durch interkurrentes Erysipel gestorben. Außer den 5 in gute Remission und 7 in Remission übergetretenen Fällen sind noch 4 etwas gebessert, und nur bei einem ist Besserung zu vermissen. Eine derartige Quote der Besserungen geht weit über die spontanen Remissionen, aber auch die Besserungserfolge der früheren Methoden hinaus. Ähnliche Ergebnisse hatte neuerdings *Wagner v. Jauregg* in Wien, vorwiegend mit Tertiana.

Selbstverständlich gehören zu den Impfmethoden günstige äußere Verhältnisse, guter Impfstoff, genügende Überwachung während der Fieberanfälle und Rücksicht gegenüber der Gefahr einer Übertragung der Infektionskrankheit. Den Gefahren, die jede der Methoden enthält, konnte jeweils entgegengetreten werden. Die erhoffte stärkere Wirkung von Rekurrens durch besonders hohe Temperatur trat nicht ein. Am sichersten und gefahrfreiesten erscheint Tertiana.

Auf die Frage, ob biologische Wirkung oder lediglich Temperatureinflüsse im Vordergrunde stehen, sei nicht eingegangen. Wenn auch noch andere Möglichkeiten einer Körpertemperatursteigerung durch chemische und physikalische Methoden vorliegen, so kann doch auch von den Impfversuchen gesagt werden, daß sie entschieden zum Weiterarbeiten ermutigen. In jedem Falle frischer Paralyse ist zu fragen, ob nicht als ausgiebigste Methode zur Erzielung einer möglichst gründlichen Besserung die aktive Behandlung mittels des Fieberimpfverfahrens angebracht ist.

Mühlens (Tropeninstitut Hamburg) berichtet über die parasitologischen und klinischen Beobachtungen bei den Fieberimpfungen:

Im Tropeninstitut waren auf Anregung *Löfflers*, der im Jahre 1902 auf eine eventuelle günstige Karzinombeeinflussung durch Malaria-Infektion hingewiesen hatte, einige Malariaübertragungen auf Karzinomatöse vorgenommen worden. Die Versuche führten aber zu keinem Resultat, weil die Malaria-Infektionen wegen des Allgemeinzustandes der ohnehin kachektischen Kranken abgebrochen werden mußten. — Wiederholt ist berichtet, daß in warmen Zonen Karzinome seltener seien als in unseren Breiten. Dasselbe gilt anscheinend auch von den metaluischen Krankheiten. Diesbezügliche Mitteilungen bedürfen aber noch genauerer statistischer Kontrolle. Sicher ist, daß primäre und sekundäre Lues (siehe *Mühlens*, D. med. Wschr. 1920, Nr. 23) in tropischen Ländern nicht selten leicht, oft unbemerkt verläuft bezw. schnell in Latenz übergeht.

Die fiebererzeugenden Impfungen fanden statt teils mit Malariablut von rezidivierenden Malariafällen, teils mit Rekurrensblut von einem seit fast 14 Jahren im Tropeninstitut gezüchteten Mäuse- und Zeckenpassage-




stamm von afrikanischem Rückfallfieber (Zeckenfieber). Derselbe Stamm ist auch bei den Impfungen von *Weichbrodt* sowie *Plaut* und *Steiner* benutzt worden. Sämtliche Rekurrensimpfungen gingen beim Menschen nach 14jähriger Passage des Stammes in Tieren an. — Die Rekurrensimpfungen wurden in der Weise vorgenommen, daß einige Tropfen Herzblut einer infizierten Maus mit etwa 2—3 ccm NaCl-Lösung verdünnt wurden; hiervon spritzten wir etwa ½ ccm subkutan ein. — Die Malariaimpfungen wurden mit ½ ccm defibrinierten Blutes, das 1½—3 Stunden vorher von geeigneten Kranken entnommen war, ebenfalls subkutan vorgenommen. Einige Überimpfungen fanden auch direkt von Patient zu Patient statt. — Nie traten lokale oder allgemeine Reaktionen gleich im Anschluß an die Impfungen auf.

Die Rekurrensinfektionen vom Mäusepassagestamm verliefen im allgemeinen leichter als die vom Zeckenpassagestamm. Aber auch letztere machten keine schweren klinischen Erscheinungen, meist 3 typische Anfälle.

Die Tropika-Infektionen führten fast alle zu enormer Parasitenvermehrung und hohen Fieberanfällen. Wir sahen Blutbilder, wie man sie selbst in warmen Ländern nur selten bei schwersten Infektionen zu Gesicht bekommt, selbst Teilungsformen und Übergangsformen von Ringen zu Halbmonden und Teilungsformen im peripheren Blut. Dabei war das Allgemeinbefinden keineswegs so schwer und bedrohlich wie bei derartigen Infektionen in tropischen Gegenden. Komatöse Zustände wurden nicht beobachtet. — Das Fieber ging bei Tropika bis 41,1, bei Tertiana bis 41,6, bei Rekurrens bis 40,8.

Auch die Tertiana-Infektionen wurden niemals unmittelbar bedrohlich, trotzdem wir es oft zu einer Reihe von Anfällen (einmal 16) kommen ließen.

Die Chininbehandlungs-Resultate waren bei unseren künstlichen Tertiana-Infektionen wesentlich bessere als bei den Ausgangsfällen, den natürlichen Infektionen, die immer hartnäckig rezidivierten. Auch gebrauchten wir zur Kur und Nachkur im allgemeinen nur die Häfte der Chininmengen, die bei den üblichen Kuren verwendet zu werden pflegen. — Interessant ist, daß unsere nicht rezidivierenden Tertianastämme von alten Rezidivstämmen stammten, die wiederholt intensive Chininkuren durchgemacht und trotzdem immer wieder rezidiviert hatten. Eine Chiningewöhnung von Malariaparasitenstämmen oder gar eine übertragbare Chininfestigkeit ließ sich in den Tertianafällen nicht nachweisen.

Die Tropika-Infektionen reagierten teils prompt, teils scheinbar weniger gut auf Chinin. Aber auch in diesen Fällen ließ sich eine Chininfestigkeit im Sinne der Arsenfestigkeit der Trypanosomen nicht nachweisen.

Bei den vorgenommenen Infektionen konnte noch eine Reihe inter-



essanter **parasitologischer Fragen** studiert werden, von denen *M.* nur erwähnt, daß bei den Überimpfungen von Tropikastämmen, selbst bis zur 5. Generation, immer nur Tropikaparasiten, selbst im Sommer und Herbst entstanden, ebenso bei Tertianastämmen nur Tertianaparasiten. Eine Umwandlung des einen Parasitentypus in einen andern im Sinne der Unitarier konnte also nicht festgestellt werden.

Die Frage, ob es sich bei der Wirkung der Fieberimpfungen auf die Paralyse um eine direkt spirochätozide Wirkung der hohen Temperaturen auf die Spirochäten im Sinne der Kaninchenversuche von *Weichbrodt* handelte oder vielmehr um eine Umstimmung des Organismus durch die Infektion mit folgender Produktion von „Abwehrstoffen", auch gegen die Paralyseerreger, läßt der Vortr. unentschieden.

Zusammenfassend hält *M.* die Fieberimpfungen, insbesondere mit Tertiana und Rekurrens, unter den nötigen Kautelen, für ungefährlich und ist der Ansicht, daß es sich auf Grund der auch von ihm in ihrer Entstehung beobachteten guten Resultate der Fieberbehandlung lohnt, die Versuche fortzusetzen. *M.* empfiehlt in erster Linie Tertiana-Impfungen bei möglichst frischen Erkrankungen und widerstandsfähigen Patienten und macht darauf aufmerksam, daß man sich bei den Malariaübertragungen gegen eine eventuelle natürliche Weiterverbreitung durch einheimische Anophelen vorsehen muß, d. h. nur in anophelesfreien Gegenden die Versuche vornehmen soll. Ferner ist eine dauernde fachmännische Blutkontrolle notwendig.

Meggendorfer-Hamburg: Über den Ablauf der Paralyse.

Der Verlauf ist für die Paralyse ungemein kennzeichnend. Überblickt man eine größere Anzahl von Fällen, so möchte man, wie bei einem Uhrwerk, von einem Ablauf sprechen. Unter dem Eindruck dieses gesetzmäßigen Ablaufs ist man versucht, nach den Faktoren, die diese Gesetzmäßigkeit bedingen, zu forschen. Untersuchungen an 782 Fällen, eine Auslese aus etwa 3000 Paralysefällen der Jahre 1901—1919, ergaben, daß das Intervall zwischen syphilitischer Ansteckung und Ausbruch der Paralyse um so kürzer ist, je älter das Individuum zur Zeit seiner syphilitischen Ansteckung war. Die gleiche Gesetzmäßigkeit ergab sich bei 208 Fällen von Tabes der *Nonne*schen Abteilung des Eppendorfer Krankenhauses.

Die gezeigte Gesetzmäßigkeit des Verlaufes ist von einem nicht zu unterschätzenden Interesse in praktischer und theoretischer Hinsicht. Beispielsweise vermag die Kenntnis dieser Gesetzmäßigkeit zur Klärung der Frage beizutragen, ob die spezifische Behandlung der Syphilis den Ausbruch einer metaluischen Erkrankung wirklich beschleunigt, wie von zahlreichen Forschern behauptet wurde. Teilt man die Fälle in drei Gruppen: nicht spezifisch Behandelte, mangelhaft Behandelte und gut Behandelte, so findet man unter Berücksichtigung des Alters zur Zeit der Infektion, daß die Inkubationszeiten für alle drei Gruppen gleich lang



sind, daß also die spezifische Therapie keinen Einfluß auf die Zwischenzeit hat. Der Irrtum der früheren Untersucher rührt daher, daß diese die Abnahme der Inkubationszeit mit fortschreitendem Alter nicht gekannt haben. Es läßt sich nämlich zeigen, daß die schlecht Behandelten vorwiegend diejenigen sind, die sich im jugendlichen Alter infizierten, während sich der größere Teil der gut Behandelten die Lues im reiferen Alter zugezogen hatte. Da nun aber die im jugendlichen Alter Infizierten durchschnittlich eine längere, die im späteren Alter Angesteckten aber eine kürzere Inkubationszeit der Paralyse haben, ist begreiflich, daß scheinbar die Inkubationszeit mit der Zunahme der spezifischen Behandlung abnimmt. Das gilt zunächst allerdings nur für die bisherige Quecksilber-Jodkali-Therapie.

Die Außerachtlassung der gezeigten Gesetzmäßigkeit kann auch bei der Beurteilung neuerer Behandlungsarten leicht zu Irrtümern führen, da man nie sagen kann, ob eine Inkubationszeit wirklich verkürzt ist, wenn nicht gleichzeitig das Alter zur Zeit der Infektion mit berücksichtigt wird. Es ist etwas ganz anderes, ob ein 50jähriger Mann nach 5jähriger Inkubationszeit Paralyse bekommt, oder ob ein 25jähriger 5 Jahre nach seiner Ansteckung an dem gleichen Leiden erkrankt.

Ferner zeigt die Berechnung der Inkubationszeit bei einer Reihe von Kranken, die während des Krieges erhebliche Strapazen durchgemacht haben, daß bei ihnen das Intervall erheblich kürzer ist als bei dem übrigen Durchschnitt, nämlich um 2—3 Jahre. Diese Feststellung steht im Widerspruch zu den Ergebnissen der meisten während des Krieges angelegten Statistiken. Auch dieser Widerspruch aber erklärt sich dadurch, daß die bisherigen Untersuchungen das Alter zur Zeit der Infektion nicht berücksichtigten.

Ein weiterer Gesichtspunkt, der sich hier anschließt, ist der, daß die Inkubationszeit unter Berücksichtigung des Alters zur Zeit der Infektion unter Umständen auch zur Beurteilung der Frage nach dem Zusammenhang Trauma-Paralyse mit verwendet werden kann. Wir haben bekanntlich nur wenige und zudem recht unbestimmte Kriterien zur Entscheidung der Frage, ob in einem gegebenen Falle die Paralyse oder die Tabes Unfallfolge oder nicht ist. Läßt sich nun nachweisen, daß der Ausbruch der Erkrankung zeitlich erheblich von der dem betreffenden Inkubationsalter eigentümlichen Zwischenzeit abweicht, so kann das — immer unter Berücksichtigung der bisherigen Gesichtspunkte — die Beurteilung des Falles wesentlich erleichtern.

Von besonderer Bedeutung aber kann die erkannte Gesetzmäßigkeit wissenschaftlich dadurch werden, daß sie uns ein Mittel an die Hand gibt, Abweichungen vom Verlaufe leichter und genauer zu erkennen. Berechnungen der Inkubationszeit unter Berücksichtigung aller möglichen Einflüsse, die auf den Ablauf von Bedeutung sein könnten, ergaben, daß die Inkubationszeit gegenüber dem übrigen Durchschnitt verlängert ist bei



Kranken, deren Syphilis mehrere Rezidive gemacht hatte, vielleicht auch bei Kranken mit Lymphdrüsenschwellungen. Verkürzung der Inkubationszeit dagegen fand sich bei Fällen mit rezidivfreiem Verlauf der Lues, ferner bei Kranken mit Anomalien, die im Sinne von thyreotoxischen Störungen gedeutet werden konnten, schließlich bei solchen, die vor Ausbruch der Paralyse schwere Strapazen durchzumachen hatten.

Diese Tatsachen legen neben der progressiven Abnahme der Inkubationszeit mit fortschreitendem Alter die Annahme nahe, daß es sich bei der Entwicklung der Paralyse um ein Nachlassen der Widerstandskraft, um ein Versagen des Abwehrmechanismus und der Reaktionskraft handle. Dabei ist wohl nicht so sehr die Anlage maßgebend, als vielmehr die verschiedenartigsten endogenen und exogenen Momente, sofern sie nur die Immunkörperbildung und Reaktionskraft zu schädigen vermögen.

Aussprache über die Vorträge *Mühlens*, *Weygandt* und *Meggendorfer*: *Wagner v. Jauregg*-Wien berichtet über Versuche, Paralyse mit Malaria tertiana zu behandeln, die er in Fortsetzung der im Jahre 1917 (Psych.-neurol. Wschr. 1918) unternommenen Malariaimpfungen bei Paralyse angestellt hat. Es wurde von einem sichergestellten Tertianafall Anfallsblut einem Paralytiker subkutan injiziert und durch weitere Impfungen die Krankheit durch bereits 12 Generationen an einigen 40 Kranken weiter fortgepflanzt. Die therapeutischen Resultate waren günstige, indem in allen nicht vorgeschrittenen Fällen eine volle Remission eintrat. Es wurde in allen Fällen das Auftreten von 8—19 Malariaanfällen abgewartet, dann mit Chinin und Salvarsan die Malaria kupiert. In keinem Falle trat ein Rezidiv ein. Eine ausführliche Mitteilung wird demnächst erfolgen.

Kafka-Hamburg skizziert die heutige Entwicklung der Paralysetherapie, die von der intravenösen Salvarsantherapie ausgehend den Weg über die Methoden der Hebung der unspezifischen Abwehrkräfte genommen hat, und für die das Ziel in der Beeinflussung und Auffrischung der spezifischen Immunkräfte gesehen werden muß. Er kritisiert die Ergebnisse dieser Entwicklung und betont, daß auch die endolumbale Salvarsantherapie für die vollentwickelte Paralyse ohne besondere Wirkung ist. Gegenüber Herrn *Mühlens* möchte er annehmen, daß bei der Malariabehandlung als therapeutischer Faktor doch mehr anzusehen ist als bloß die Temperaturerhöhung, zumindest eine Stärkung einer Art unspezifischer Abwehrkräfte, die sich wieder von der ganz unspezifischen Protoplasmaaktivierung durch eine gewisse Gruppenspezifität unterscheidet. Er betont die Wichtigkeit der Kontrolle durch die Liquor- und Blutreaktionen, da wir bei gewöhnlichen Remissionen eine Besserung derselben nicht sehen. Die Ausführungen von Herrn *Meggendorfer* möchte ich nach der Richtung hin unterstreichen, daß sich aus ihnen wieder die Wichtigkeit der angeborenen individuellen Veranlagung für den Ausbruch der Paralyse ergibt und sie wieder einen neuen Faktor im Kampfe gegen die Syphilis nervosa darstellen.



Jakob-Hamburg bespricht zunächst den mikroskopischen Untersuchungsbefund der beiden Paralysen, welche nach Malariabehandlung gestorben sind. Es zeigte sich dabei ein in keiner Weise auffälliger, gewöhnlicher paralytischer Gehirnbefund mit starken Entzündungserscheinungen und viel Blutpigment in den Gefäßscheiden. Die *Meggendorfer*schen Untersuchungen betonen wieder das konstitutionelle Moment und die Bedeutung der Reaktionskraft des Organismus für die Entwicklung der Paralyse. Sie unterstützen daher die vom Referenten auf Grund histologischer Untersuchungen ausgesprochenen Ansichten über das Wesen der Paralyse. Die gleichen Überlegungen machen es auch wahrscheinlich, daß die durch die neueren Behandlungsmethoden erzielten Erfolge auf die günstige Beeinflussung der Reaktionskraft des Organismus zurückzuführen sind. Eigene diesbezügliche Versuche mit Syphilitikerserum-Behandlung bei Paralyse zeigten bisher noch kein eindeutiges Resultat.

Röper-Hamburg hatte für die im Herbst 1914 vorgesehene Tagung mitteldeutscher Neurologen und Psychiater einen Vortrag über Behandlung der progressiven Paralyse mit albumosenfreiem Tuberkulin angemeldet. Infolge des Krieges ist die Arbeit heute noch in statu nascendi. Es sollte berichtet werden über 27 Fälle, die zum Teil mit, zum Teil ohne Hg. behandelt waren. Die Katamnesen sind bis 1920 vervollständigt. In 3 Fällen wurden überraschend gute Erfolge erzielt. Bei einem Kaufmann wurde vom Gericht die Entmündigung wieder aufgehoben, in den beiden andern guten Fällen können die Patienten seit Jahren ihr Geschäft wieder selbständig leiten. Abgesehen von diesen Glanzfällen wurden zahlreiche Remissionen erzielt, die aber nur den Erfolg hatten, daß die Patienten Jahre länger in der Anstalt leben. Notwendig ist, daß wirklich sehr heftige Fieberbewegungen erzielt werden. Die Mehrzahl der Behandelten ist jetzt tot.

Kolb-Erlangen: Die Gesetzmäßigkeit der *Meggendorfer*schen Kurven ist eine so große, daß schon dadurch unwahrscheinlich wird, daß die Krankheit einen wesentlichen Einfluß auf diese Gesetzmäßigkeit hat. Die durchschnittliche Inkubationszeit eines spät Infizierten muß kürzer sein, da mit zunehmendem Alter der Infektionszeit ein zunehmend großer Prozentsatz dieser Spätinfizierten den Ausbruch der Paralyse eben nicht mehr erleben wird. Wir kennen das X in der Ätiologie der Paralyse, von der zweiten unbekannten Größe, dem Y, wissen wir durch Herrn *Wagner v. Jauregg*, daß sie durch hohe Temperaturen, wir wissen ferner, daß sie durch gewisse Verhältnisse der Tropen, und wir dürfen vielleicht annehmen, daß sie durch gewisse Verhältnisse des Militärdienstes beeinflußt wird.

Hartwig-Aplerbeck: Nach den klaren und beweisenden Ausführungen des Herrn Dr. *Meggendorfer* über die Inkubation bei Paralyse ist er gemeinsam mit vielen andern der Ansicht, daß dem Ausbruch der Paralyse eine Verarmung und eine Erschöpfung der Abwehrstoffe vorangehe und ihn bedinge, und daß sich die Abwehrkraft des Körpers mit fortschreitendem

Alter mindere. Herr Dr. *M.* führte ferner aus, daß Beruf und die spezifische Luesbehandlung ohne Einfluß für den Ausbruch der Paralyse seien. Diese Ansichten veranlassen mich, Sie heute auf ein kaum beachtetes ständiges Begleitsymptom bei Paralyse aufmerksam zu machen, nämlich auf eine schwere, ausgedehnte Stomatitis. Seit 1907 verfolge ich diese Stomatitis-Erkrankung, die sich auch bei vielen andern, bei sogenannten Gesunden, ferner meist bei der Neurasthenie, bei nervösen Herzleiden und bei einer Reihe von Geistesstörungen findet, die aber bei der Paralyse ein ständig mit ihr gekuppeltes Symptom bildet. Die Schleimhautentzündung besteht dabei in einer Ausdehnung, daß meist die ganzen Wangen nicht mehr aphthös belegt, sondern in toto grauweiß aufgelockert, aufgerauht, ja speckig belegt sind. Es finden sich bei dieser Stomatitis unter den Epithelschollen meist in Reinkultur gramnegative Diplokokken. Die Erkrankung ist enorm infektiös und flammt in jahrzehntelangem Bestehen und langsamem Fortschreiten jeder Behandlung widerstehend stets stärker auf. Eine Veröffentlichung über das bisherige Material wird an anderer Stelle erfolgen. Heute möchte ich nur Gelegenheit nehmen, die Aufmerksamkeit auf dieses Paralysebegleitsymptom zu lenken, in Verbindung mit dem Gedanken, daß vielleicht außer der Lues noch ein anderes, den Körper mehr und mehr auspumpendes Schädigungsmoment tätig ist, das gewissermaßen durch die Symbiose seiner Erreger mit denen der Lues nach Ablauf der Inkubation den Ausbruch der Paralyse bedingt. Nur zahlreiche Nachprüfung kann hier Klarheit schaffen.

Meggendorfer (Schlußwort): Den Einwand von Herrn *Kolb* habe ich mir von Anfang meiner Untersuchungen an selbst gemacht. Man könnte ihm allerlei statistische Erwägungen gegenüberstellen. Läßt man aber alle Statistik mit ihren vielen Fehlerquellen einmal beiseite, und sieht man sich die Einzelzahlen an, so findet man, daß dem jugendlichen Infektionsalter nur lange, dem höheren Alter dagegen fast nur kurze Latenzzeiten entsprechen. Mag man nun auch immerhin annehmen, daß in den höheren Altersgruppen diejenigen Individuen ausgefallen sind, die bei längerem Leben eine längere Zwischenzeit gehabt hätten, so kann man doch den gleichartigen Einwand nicht für die jüngeren Altersgruppen gelten lassen. Man kann hier doch unmöglich annehmen, daß hier gerade diejenigen Luiker gestorben sind, die eine kurze Inkubationszeit der Paralyse gehabt hätten, während die mit langer Inkubationszeit am Leben blieben.

4. Sitzung, nachmittags 2 Uhr.

Josephy-Hamburg: Zur feineren Histologie der Epiphyse.

J. bespricht die Resultate der Untersuchung von etwa 60 menschlichen und einigen tierischen Epiphysen. Beim Menschen finden sich die schon von *Walter* beschriebenen „Randgeflechte". Sie bestehen aus zuleitenden Nervenfasern, die in Endkolben enden. Diese lassen bei gut gelungener Silberfärbung ein zartes fibrilläres Netz erkennen. Sie liegen



zum großen Teil — nachdem die Fasern in Bündeln durch die Gliagrenzmembran getreten sind —, im lockeren Bindegewebe der Septen, zum Teil auch in den „Drüsen“läppchen selber. Die Nervenfasern selbst entstammen durchweg nicht der Epiphyse selbst, sondern treten durch die Kommissuren in das Organ ein. Der *Walter*sche Befund spezifischer Zellen mit Fortsätzen kann nicht bestätigt werden, ebensowenig lassen sich die von *Krabbe* beschriebenen Nervenzellen nachweisen. Nur im Bindegewebe der Zirbel finden sich vielleicht sympathische Ganglienzellen. Die Glia verhält sich in der Zirbel wie überall im Zentralnervensystem, sie bildet ein Reticulum und eine Grenzmembran an den Septen. Übrigens schwärzt sich die Glia manchmal recht intensiv in den Silberpräparaten. Zwischen Glia und Nervenfasern liegen die Pinselzellen (*Krabbe*) mit den „Kernkugeln“. Es ist nicht ganz unwahrscheinlich, daß sie sekretorische Bedeutung haben. Vielleicht hängt die innersekretorische Funktion der Zirbel mit diesen Elementen zusammen. Die Nervenfasern und Endkolben haben, worauf schon *Walter* hinwies, möglicherweise mit der Liquorbildung zu tun. Zerstörungen der Kommissuren durch krankhafte Prozesse oder Experimente werden hierbei event. Aufklärung bringen können.

Aussprache. — *Walter*-Rostock: In vielen Punkten stimme ich den Ausführungen des Vortragenden bei. Nur in der Deutung der Herkunft der Fasern und Randgeflechte muß ich an meinem früher ausgesprochenen Standpunkt festhalten. Was vor allem gegen die nervöse Natur dieser Gebilde spricht, ist die Beobachtung, daß die Randgeflechte unter pathologischen Verhältnissen hypertrophieren können, wobei die Fasern und Endkolben voluminöser werden. Eine Analogie findet sich in der Pathologie der Nervenfasern nicht. Auch findet man bei älteren Individuen bei stark verbreiteten Septen oft kleine Inseln von Parenchym mit massenhaften Fasern und Kolben, ohne daß man eine entsprechende Zahl zuführender Nervenfasern sieht; sie müssen daher m. E. als Fortsätze der Pinealzellen selbst aufgefaßt werden. Daß es daneben auch Nervenfasern in der Zirbeldrüse gibt, ist allerdings sicher.

Josephy (Schlußwort): Die eigenartigen hypertrophischen Pinealzellen konnte ich nicht beobachten. Ich glaube aber, daß die Nervenfaserkolben in ihrem Aussehen und tinktoriellen Verhalten so typisch sind, daß sie nicht als etwas anderes zu deuten sind. Es ist auch unwahrscheinlich, daß ein Teil der Fasern und Kolben nervös ist, wie *Walter* selbst zugibt, während ein anderer Teil es nicht ist. In „normalen“ Zirbeln färben sich alle Fasern und Kolben gleichmäßig.

Hoppe-Rinteln: Das religiöse Problem und die Psychopathologie.

Schon im naiven religiösen Bewußtsein bestehen zwei Weltanschauungen nebeneinander, die im Grunde unvereinbar sind, sich aber trotz alle-

dem zumeist gut miteinander vertragen; das gilt für die Erkenntnis wie für die Ethik. Dieses Verhältnis erinnert an das zwischen empirischer und autistischen Welt bei den Schizophrenen, dennoch wäre es falsch, in den ausgesprochen religiösen Menschen ohne weiteres eine pathologische Erscheinung zu sehen. Normale und pathologische Religiosität zu unterscheiden ist nicht möglich nach der Wahrheit und Falschheit ihres Inhaltes, so etwas gibt es überhaupt nicht, sondern nur durch die Analyse der Persönlichkeiten. Bis zu einem gewissen Grade gibt das Gemeinschaftsmäßige das Kriterium, eine Religiosität, die die Grenzen der Kultgemeinschaften, der Kirchen sprengt, ist aber noch nicht ohne weiteres pathologisch, weil die lebendige Religiosität eben auch nach persönlichen Formen der Betätigung trachtet. Sollte die Religion den höchstmöglichen Abschluß menschlicher Geistestätigkeit bedeuten, so fehlt damit auch ein Maßstab, nach dem sie zu bewerten ist. Die egozentrische Einstellung, wie ihn der Wahn bietet, zeigt einmal auch der Egoismus des um sein Seelenheil besorgten Frommen, andrerseits können in den religiösen Wahn aus dem zugrunde liegenden Material der religiösen Überlieferung auch ethische Elemente eingehen. Die naiven und reflektorischen Formen der Religiosität verhalten sich im wesentlichen gleich, sehr bemerkenswert ist dabei, daß eine objektivierende Frömmigkeit genau so unmöglich ist wie eine Kritik des bestehenden Wahnes. Der Zweifel mordet die Religion wie den Wahn, indem er ihre herrschende Stellung im Geistesleben ruiniert. Immer unterliegt die Logik im Konfliktfalle der Psychologie, was nicht nur die Psychopathologie, sondern auch manche Probleme der Philosophie, voran die Gottesbeweise, bestätigen.

J. H. Schultz-Jena: Über Altersgruppen bei psychologischer Leistungsprüfung Nervöser.

Psychologische Leistungsprüfungen bei nervösen Kriegsteilnehmern sind vorwiegend mit der *Kraepelin*schen Additionsmethode vorgenommen (*Isserlin*, *Rehm*, *Busch*, *Voß*). Ferner wurde der Assoziationsversuch vielfach benutzt (*Voß*, *Stern*, *Engelen*, *Stockmeyer*, *Kehr*). Die folgenden Untersuchungen unterstanden der Frage, wieweit bei nervösen Kriegsteilnehmern Gedächtnisstörungen nachweisbar sind, und der Aufgabe, eine möglichst einfache Reihe von Methoden zusammenzustellen, welche erlaubten, diese Fragen zu beantworten. Es handelt sich nicht um Forschungsexperimente, sondern um Prüfungsexperimente im Sinne von *W. Stern*-Hamburg. Da *Ranschburg* in seinen über viele Jahre ausgedehnten sorgfältigen Studien mit der Wortpaartreffermethode Merkstörungen auch bei Nervösen nachwies, schien es von Interesse, eingehendere Untersuchungen über das Lernen von sinnlosen und sinnvollen Silben anzustellen, die entsprechend der von *Aschaffenburg*, *Ranschburg* und andern geäußerten Auffassung — daß bei Lernstörungen Nervöser



auch Aufmerksamkeitsschwankungen von wesentlichem Einfluß sind —, durch einen einfachen Aufmerksamkeitsversuch ergänzt wurden (*Bourdon*). Das Krankenmaterial entstammte dem vom Vortr. im Westen geleiteten Genesungsheim mit zuletzt ca 2000 Betten. Der Versuch zerfiel in einen Vor- und einen Hauptversuch. Im Vorversuch wurden 4 sinnlose Silben, 7 Einzelziffern und ein Merksatz von 10 Einheiten zum Merken gegeben und die Versuchsperson angewiesen, die Monatsreihe rückwärts aufzusagen. Im Hauptversuch wurden 10 sinnlose Silben langsam vorgesprochen, die Versuchsperson angewiesen, zu wiederholen und dann durch 2 Minuten indifferentes Gespräch abgelenkt. Das Vorsagen der Silben geschah 10 mal, es wurde dann unwissentlich nach 5 Minuten und 24 Stunden freie Reproduktion vom Kranken gefordert. Ebenso wurden 10 unverwandte einsilbige Sinnworte vorgesprochen und anschließend ein Auszähltext mit 10×60 kleinen „e“ vorgelegt. (Ähnliche Versuche bei *Cimbal.*) Die Durchführung des Versuches erforderte etwa 2 Stunden und wurde nach Möglichkeit bei jedem Fall vierwöchentlich wiederholt. Aus dem umfangreichen Material wurden 200 nach allen Richtungen einwandfreie Fälle ausgewählt und nach Resultaten genau errechnet. Es ergab sich gute Übereinstimmung mit der klinischen Beobachtung. Normale Personen leisteten den Versuch glatt. Bei ihnen zeigten sich die Versuchspersonen unter 25 Jahren am besten hinsichtlich der mechanischen Merkfähigkeit. Von 25—35 Jahren waren die Leistungen etwas geringer, jenseits 35 Jahren war das rein mechanische Haften deutlich herabgesetzt. Diese Altersgruppen ließen sich auch bei einer Reihe von Krankheitsgruppen nachweisen, namentlich hinsichtlich des Frischmerkens, so z. B. bei der echten Kriegserschöpfung (Exhaustio).

Vortr. empfiehlt an der Hand von zahlreichen Kurven und Tabellen die Anwendung systematischer, einfacher Merk- und Lernprüfungen für die Beobachtung, Behandlung und Begutachtung funktionell nervöser Zustände; selbstverständlich können alle derartigen Untersuchungen nur als Ergänzung im Rahmenn des gesamten klinischen Arbeitens irgendwelchen Wert beanspruchen und müssen dauernd in engster Fühlung mit allgemein klinischer Beobachtung überprüft und kontrolliert werden. Bei dieser Verwendung und entsprechend kritischer Beurteilung sind sie geeignet, das klinische Arbeiten wesentlich zu unterstützen, namentlich da sie imstande sind, kleinere klinische Differenzen hinsichtlich Erholung, Ermüdbarkeit, Sinneinfluß beim Merken (*Aschaffenburgs* assoziatives Gedächtnis), periodische psychische Schwankungen und vieles andere mehr objektiv festzulegen. In enger Fühlung mit dem gesamten klinischen Arbeiten werden die beiden Hauptgefahren psychologischer Leistungsprüfungen bei Nervösen sich gut vermeiden lassen: voreilige Ablehnung und einseitige Überschätzung. (Ausführliche Veröffentlichung an anderer Stelle.)



Frieda Reichmann-Weißer Hirsch: Über Haltlosigkeit bei Psychopathen.

Vortr. wendet sich mit *J. H. Schultz* [1]) gegen die Aufstellung der Haltlosigkeit als einer selbständigen, einheitlichen, nosologischen Gruppe. Haltlosigkeit ist keine Krankheitseinheit auf vorwiegend affektivem Gebiet mit sekundärer Willensschwäche (Definition der Autoren), sondern ein komplexes Reaktionsresultat, das auf dem Boden intellektueller, affektiver und voluntärer Störungen, erhöhter Suggestibilität usw. bei jedem Psychopathen auftreten kann, z. B. als Folge von Aufmerksamkeitsstörungen, Konzentrations-, Merk-, Gedächtnisschwäche, Urteilslosigkeit, krankhafter Affektschwäche, Übererregbarkeit, Hemmungsschwäche usf. Die Intelligenz als solche, insbesondere auch die ethische Erkenntnis können dabei völlig intakt sein.

Vortr. weist auf verwandte Fehler bei andern Gruppierungsversuchen hin: dahin gehört u. a. die Auffassung vieler Autoren, daß Alkoholismus, Prostitution usw. Folgen der Haltlosigkeit seien, wobei übersehen wird, daß ebenso häufig oder häufiger die umgekehrte Wechselbeziehung bestehen kann (Haltlosigkeit als Folge des Trunkes), oder die Aufstellung einer Sondergruppe asozialer Psychopathen, bei der nicht die Krankheitssymptome, sondern die durch sie beteiligte Wirkung der Kranken auf die Umwelt fälschlich zum Klassifikationsprinzip erhoben wird, die ihnen unter den symptomatologisch verschiedensten Umständen gemeinsam sein kann.

Diese und ähnliche Gruppen als selbständige Krankheitseinheiten aufzustellen, bedeutet nicht nur einen klassifikatorischen Fehler, sondern einen prinziniellen Denkfehler, der anstatt Klarheit Verwirrung in die Erkenntnis der Psychopathien zu tragen geeignet ist, wie dies Prof. *Schultz* und der Vortr. an dem großen Psychopathenmaterial besonders deutlich geworden ist, das sie im *Lahmann*schen Sanatorium beobachten und behandeln konnten.

Runge-Kiel: Encephalitis epidemica.

Vortr. berichtet über seine Erfahrungen an 32 in Kiel und Schleswig-Holstein beobachteten Fällen von Encephalitis epidemica, zugleich sich stützend auf ein Material von ca. 300 in der Literatur Deutschlands und Österreichs bisher niedergelegten Fällen. Nach Besprechung der ätiologischen Momente und der somatischen Symptome unter Hervorhebung besonderer Eigentümlichkeiten in einzelnen Fällen, z. B. einer hypophysären Fettsucht, wahrscheinlich infolge Miterkrankung der Hypophyse bezw. deren Umgebung, geht Verf. näher auf die psychischen Störungen bei der Encephalitis epidemica ein, von denen er 3 Typen unterscheidet: Fälle mit einfacher Apathie, Stumpfheit und

[1]) Vgl. *J. H. Schultz*, Seelische Krankenbehandlung. Fischer. Jena.



Mangel an Initiative, dann Fälle mit leicht euphorischer Stimmungslage, Rededrang, Umständlichkeit und Weitschweifigkeit, Mangel an Hemmungen, Schwäche der Merkfähigkeit und Konzentrationsfähigkeit, und schließlich delirante Störungen in Form des Beschäftigungsdelirs mit Bewußtseinstrübung, optisch-taktilen und Gefühlshalluzinationen bei Zurücktreten anderer Sinnestäuschungen, event. erheblicher Suggestibilität dieser Halluzinationen, vereinzelten Wahnideen, ausgesprochenen Konfabulationen bei relativer äußerer Ruhe, leicht euphorischer Stimmungslage und Mangel jeder schwereren Affektstörung. Er hebt die außerordentliche Ähnlichkeit mit dem Delirium tremens und zuweilen auch einfachen alkoholischen Rauschzuständen hervor.

Die psychischen Störungen bei der Encephalitis unterscheiden sich durch die erwähnten Merkmale von den sonstigen Infektionspsychosen und besonders von den Psychosen bei Grippe, die in der Regel durch ausgesprochene depressiv-ängstliche Verstimmung und hochgradige motorische Unruhe gekennzeichnet waren. — Nach seinen Beobachtungen unterscheidet der Vortr. eine Reihe von Untergruppen der Encephalitis epidemica: eine (die häufigste) Form, bei der Schlafstörungen und Augenmuskellähmungen im Vordergrund stehen (event. als lethargische zu bezeichnen), eine amyostatische, eine choreatische, eine myoklonische mit eigenartigen rhythmischen Dauerzuckungen der Rumpf-, besonders der Atmungsmuskulatur und eine myasthenische Form. Der Ausgang ist überwiegend ein günstiger, 61% der Fälle heilten, zum geringeren Teil mit Defekt, 18% starben; besonders ungünstig ist die myoklonische Form.

Vortr. bespricht ferner Therapie und Differentialdiagnose der Encephalitis epidemica. Besonders wichtig scheint ihm die Abgrenzung gegen die sogenannte Grippenencephalitis, die anatomisch möglich ist und auch klinisch in den meisten Fällen möglich erscheint, da letztere meist im unmittelbaren Anschluß an Grippe entsteht, meist Großhirnsymptome gegenüber den Zeichen der Hirnstamm- und Stammganglienläsion bei der Encephalitis epidemica zeigt und offenbar auch oft ungünstiger als diese verläuft. In einer geringen Minderzahl kann die Abgrenzung unmöglich werden, wenn die epidemischen Fälle ebenfalls Großhirnsymptome zeigen, was gelegentlich vorkommt. Bezüglich der Pathogenese der Encephalitis epidemica verweist Vortr. auf den Zusammenhang mit der Grippe, der aus einer Reihe von Gründen, auf die Vortr. eingeht, mit ziemlicher Sicherheit angenommen werden kann. Die Beziehungen zur Grippe sind aber höchst eigenartige, nicht so eindeutig wie bei der Grippe-Encephalitis und bisher in vielen Punkten noch ungeklärt. Besonders auffallend und schwer erklärbar ist ferner das stärkere Hervortreten der choreatischen und myoklonischen Formen in der letzten Zeit in verschiedenen Gegenden, auch in Schleswig-Holstein, während diese Formen 1917—1919 nur ganz vereinzelt bezw. überhaupt nicht beschrieben worden sind.



Prinzhorn-Heidelberg: Das bildnerische Schaffen der Geisteskranken.

Den in der Literatur wiederholt laut gewordenen Wunsch, man müsse einmal an einem großen Material untersuchen, was eigentlich von den in jeder Anstalt vorhandenen Spontanzeichnungen Geisteskranker zu halten sei, gestattet die Heidelberger Sammlung jetzt zu erfüllen. Dank dem Entgegenkommen der meisten Anstalten in Deutschland, Österreich und der Schweiz ist es gelungen, an der Heidelberger Klinik über 330 Fälle mit gegen 4000 Nummern zusammenzubringen. Auch mit dem weiteren Ausland sind Verbindungen angeknüpft, und aus Italien kamen bereits Werke von 8 Fällen.

Bislang wurden die Zeichnungen vorwiegend unter diagnostischen Gesichtspunkten betrachtet. Tatsächlich läßt sich eine diagnostische Hilfsmethode daraus entwickeln. Doch ist deren praktischer Wert gering. Dagegen kann man mit großem Vorteil einzelne psychopathologische Phänomene an diesem Material untersuchen, so besonders Halluzinationen, manche Wahnvorstellungen u. a. m. Man gewinnt dabei oft einen tieferen Einblick in die Psyche von Endzuständen als auf irgendeinem andern Wege.

Hier sollen nur einige methodologische Betrachtungen angestellt werden. Ausführliche Publikationen des Materials sind in Vorbereitung, und zwar eine eingehende kritische Darstellung und ein Sammelband mit guten Reproduktionen.

Auf statistischem Wege sind zahlreiche interessante Einzelheiten zu gewinnen. So fallen z. B. rund 75% der Fälle in die Dementia praecox-Gruppe. Etwa 16% sind Frauen. Über Entwicklung, allgemeine Begabung, spezifische zeichnerische Begabung, Motive zum ersten Zeichnen, besonders aber über den Zeitpunkt im Verlauf der Psychose, an dem mit dem Zeichnen begonnen wurde, sind noch genauere Nachforschungen erforderlich.

Große Schwierigkeiten macht eine übersichtliche Einteilung des höchst mannigfaltigen Materials. Einstweilen wird versucht, nach „Gestaltungstendenzen" 6 Gruppen abzugrenzen, in denen die meisten einfachen Blätter leicht unterzubringen sind, während freilich die komplizierteren solcher Einordnung trotzen, da in ihnen mehrere Komponenten sich die Wage halten. Eine Aufzählung der Gruppen ohne nähere Begründung und Demonstration hat wenig Wert. Besonders fesselnd wegen der Beziehung zur jüngsten Kunst ist die 6. Gruppe, in der die Abstraktionstendenz das kennzeichnende Merkmal ist. Genauer gesagt, das mehr oder minder bewußte Streben, unter Vermeidung jeder realistischen Abbildung, durch eine Reihe von (an sich scheinbar sinnlosen) Ausdruckskurven ein Gesamtbild zu erzeugen, das irgendwie doch einem realen Urbild konform ist.

Von experimentellen Hilfsmethoden ist am wichtigsten der Vergleich mit Zeichnungen normaler ungeübter Erwachsener, die recht schwierig zu beschaffen sind. Am nächsten wäre die Parallele mit Zeichnungen Strafgefangener. Versuche, derartiges Material zu bekommen, sind im Gange.



Untersuchung von seiten interessierter Fachgenossen ist in diesem wie in andern Punkten sehr erwünscht.

Eingehendste verstehende Analyse einzelner Bildwerke ist besonders wichtig. Einmal mit Hilfe alles erreichbaren graphischen Materials, besonders auch der kritisch gesichteten Äußerungen des Urhebers zu seinem Werk. Neben dieser inhaltlichen muß aber eine formale Analyse versucht werden, wobei die graphische Betätigung des Zeichners in dem Sinne als Ausdrucksbewegung, sozusagen als erstarrte Gebärde, zu gelten hat, wie in der Graphologie.

Hierzu treten dann vergleichende Untersuchungen, die sich auf die Kunst primitiver Völker, der Kinder und des Expressionismus erstrecken, aber sich keineswegs mit einigen Schlagworten begnügen dürfen, sondern möglichst den Grundproblemen der bildnerischen Gestaltung, wie sie in jedem Schaffen für das Auge sich auswirken, gerecht zu werden sich bemühen müssen.

Die Ziele dieser Untersuchungen liegen in verschiedener Richtung. Einmal gilt es, Klarheit darüber zu schaffen, worin nun eigentlich die spezifisch psychotische Komponente in diesen Bildwerken beruht — was keineswegs so einfach zu umschreiben ist, wie es bei flüchtiger Betrachtung scheint. Sodann wären einige psychopathologische Symptome an diesen Produktionen sozusagen zu demonstrieren. Schließlich muß unter weiteren Gesichtspunkten zur Diskussion gestellt werden, ob man etwa eine „schizophrene Kunst" umreißen kann, die sich in unserem Material am reinsten, aber in unvollkommener Weise verkörpert — während nicht wenige ernsthaft ringende Künstler nach Ausnahmeerlebnissen in dieser Richtung dürsten und deshalb wohl in mancher Beziehung verwandte Merkmale in ihrem Schaffen zeigen. Es wird sich jedoch zeigen, daß wohl in jedem Falle der Unterschied erfaßbar ist.

Bei dem großen Interesse, das diesen Fragen heute aus den verschiedensten Kreisen entgegengebracht wird, kommt sehr viel darauf an, möglichst viel gut bearbeitetes Tatsachenmaterial allgemein zugänglich zu machen.

In einem Nebenraum waren etwa 50 außerordentlich fesselnde Zeichnungen und Malereien aus der Heidelberger Sammlung ausgestellt, andere wurden noch im Lichtbild vorgeführt.

Wetzel-Heidelberg: Akute Psychosen und Jahreszeit.

Demonstration einiger Diagramme aus der Bearbeitung der Aufnahmen in die psychiatrische Klinik in Heidelberg (1891—1918; etwa 13500 Fälle) als Ergänzung zu der Publikation von *Wilmanns* (Münch. med. Wsch. 1920, Nr. 7) und als vorläufige Mitteilung aus der demnächst erscheinenden Arbeit von *Kollibay* (Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.). Der Junigipfel (vgl. dazu die Kulminationen der Schwängerungstermine, Selbstmorde, Sexualvergehen) in der Zahl der Monatsaufnahmen tritt im Gesamtmaterial zutage (bei den Aufnahmeverhältnissen der Heidelberger Klinik entspricht der Zeitpunkt der Aufnahme im großen ganzen



dem Eintritt der Aufnahmebedürftigkeit), deutlicher bei den Frauen als bei den Männern, noch klarer bei den Frauen vom Lande, besonders markant in der Altersstufe 15—30. Daß soziale Faktoren dabei nicht ausschlaggebend sind, erscheint erwiesen. Von den Theorien über die wirksamen kosmischen Faktoren seien — abgesehen von erledigten älteren Theorien — genannt: die Bedeutung des Erwärmungsvorganges (*Hellpach*), der Luftelektrizität (*Amann*), der chemischen Strahlenwirkung (*Gädecken*). Neuerdings fand man — nicht in den Monaten übereinstimmend, sondern im Vorfrühling liegend — die Frühjahrskulmination bei Erkrankungen, die in engen und faßbaren Beziehungen zum vegetativen Nervensystem und zu den endokrinen Drüsen stehen (u. a. *Bettmann*: Hautkrankheiten; *Moro*: Tetanie, Säuglingsekzem, Ekzemtod). Auf diesem Wege ließen sich auch Beziehungen zwischen dem Junigipfel der akuten Psychosen, des Selbstmords, der Sexualvergehen auf der einen Seite und der Brunft auf der andern Seite konstruieren (*Wilmanns*).

Mit Rücksicht auf die Zusammenhänge der Dementia praecox mit der inneren Sekretion scheint auch dem Frühlingsgipfel im Ausbruch akuter Phasen dieser Psychose im Rahmen der modernen Konstitutionsforschungen eine besondere Bedeutung zuzukommen. Es erscheint daher zweckmäßig, für die statistische Erfassung an einem möglichst großen Material das Einsetzen dieser akuten Phasen genau festzulegen.

Nast-Hamburg, Demonstrationen über die Mastixreaktion.

Vortr. spricht über die Verwertbarkeit der Mastixreaktion nach *Jacobsthal-Kafka* bei der frischen und latenten Lues, der „Liquorlues" (mit Meningorezidiv) und Metalues.

Bislang wurde die Reaktion nur zu diagnostischen und differentialdiagnostischen Zwecken herangezogen. Ihre Hauptbedeutung scheint aber für den Verlauf der Lues in der Prognose zu liegen.

Es hat sich gezeigt, daß sich die Reaktion nicht immer mit den übrigen Reaktionen des Liquors wie des Blutes in Übereinstimmung befindet, sondern „Kreuzungen" auftreten, die prognostisch verwertbar sind, d. h. daß z. B. die üblichen Liquorreaktionen positive Resultate ergeben können, während die Mastixkurve normal ist, umgekehrt aber trotz negativer oder annähernd negativer Werte der üblichen Reaktionen im Liquor vor und während der Behandlung die Mastixreaktion ziemlich konstante pathologische Kurven abgibt. Als weiteres Phänomen bei der Mastixreaktion erscheint manchmal bei der frischen Liquorlues bei starker Zellreaktion eine typische metaluische Kurve, die aber nach einer endolumbalen Behandlung für dauernd zur Norm zurückkehrt. Solche Fälle scheinen prognostisch ebenfalls günstig zu sein, fordern aber zu gründlichster Nachbeobachtung auf, da die Zahl dieser Fälle gering ist und diese über lange Jahre hinaus noch nicht nachuntersucht sind.

A. Jakob und *V. Kafka*, Hamburg.



Kleinere Mitteilungen.

In der diesjährigen Tagung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte wurde die Erbdenkmünze an *M. Nonne*-Hamburg und *O. Förster*-Breslau verliehen; der Möbiuspreis ward *Oskar* und *Cécile Vogt*-Berlin für ihre hirnanatomischen Arbeiten, sowie *M. Nonne*-Hamburg und *B. Förster*-Breslau für ihre Arbeiten auf dem Gebiete der Syphilis des Nervensystems und die Bewertung und Behandlung der Kriegsneurosen sowie die Diagnostik und chirurgische Therapie der organischen Nervenkrankheiten zuerkannt. (D. m. W. Nr. 42.)

Personalnachrichten.

Dr. *Heinicke*, Med.-R., bisher in Waldheim, ist zum Direktor der Landeserziehungsanstalt in Chemnitz ernannt worden.



ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BLEULER ZÜRICH, **BONHOEFFER** BERLIN, **FISCHER** WIESLOCH, **KLEIST** FRANKFURT A. M., **MERCKLIN** TREPTOW A. R.

PERETTI GRAFENBERG, **STRANSKY** WIEN

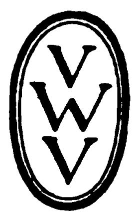
DURCH

HANS LAEHR

WERNIGERODE, ORGANISTENSTR. 1

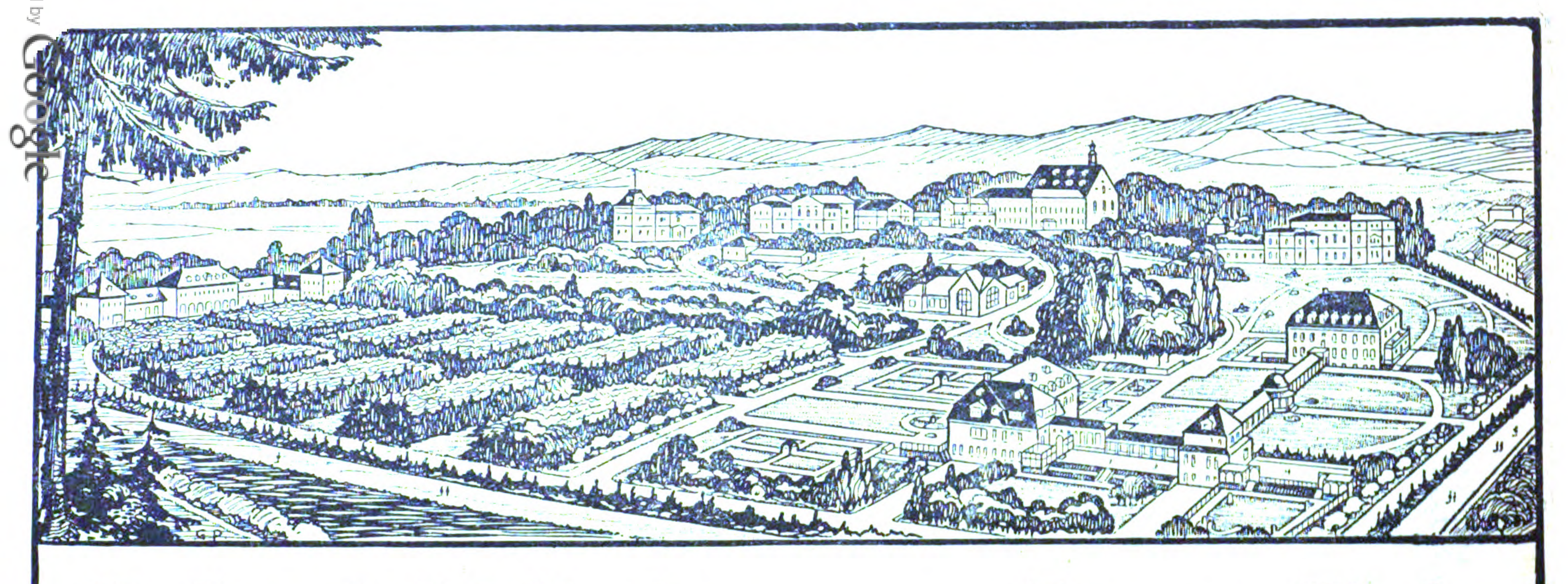
SECHSUNDSIEBZIGSTER BAND
FÜNFTES UND SECHSTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 7. APRIL 1921



BERLIN UND LEIPZIG
VEREINIGUNG WISSENSCHAFTLICHER VERLEGER
WALTER DE GRUYTER & Co.
VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRUBNER : VEIT & COMP.
1921





Über psychische Gelegenheits-Apparate und Abreagieren.

Von

Prof. **Bleuler**-Zürich.

Der Begriff des Abreagierens ist ein alter und sowohl vulgärer wie wissenschaftlicher: einem Affekt muß man Luft machen: „verschluckter“ Ärger macht einen Kropf und allerlei andere Beschwerden. Durch (meist körperliche) Anstrengung wird ein Affekt unschädlich gemacht, erledigt. Wenn man seiner Wut durch Schimpfen, durch eine Gewalttat gegen die Ursache des Affektes oder auch gegen unschuldige Menschen und Sachen unter physiologischen oder pathologischen Umständen Genüge getan, ist man wieder zufrieden. Als Bismarck in Baden-Baden bei seinem König die Absage zum Fürstentag durchgesetzt hatte, machte er seiner Erregung dadurch Luft, daß er ein Service Gläser zusammenschlug, um dann beruhigt zu seinem Adjutanten zu sagen: „Jetzt ist mir wieder wohl.“ Natürlich hatte er gegenüber seinem königlichen Herrn, der zunächst nicht verstehen wollte, manche instinktive Regung zu unterdrücken, sodaß er, auch nachdem er seinen eigentlichen Zweck erreicht hatte, noch „geladen“ blieb.

Einem latenten Epileptiker wirft die Kuh beim Melken den vollen Kübel um. Er ist tierfreundlich und reagiert seinen Ärger nicht mit Prügeln ab, wie es meist der Brauch ist. Dafür nimmt er Rache am Schicksal, indem er so viel Wasser in die übrige Milch gießt, daß sie auf das ursprüngliche Quantum ergänzt wird. Er wird bestraft, muß durch neue Pantscherei die Buße einbringen, wird wieder bestraft mit der nämlichen Wirkung. Da er ein anständiger Typ ist, macht er sich schwere Gewissens-

bisse, sieht den Teufel, traut sich wochenlang nicht ins Bett. Schließlich am Ende dieser Kausalkette reagiert er die unaushaltbare Situation (oder indirekt die umgeschüttete Milch) dadurch ab, daß er seine eigene Scheune anzündet. Der Brandstifter aus Heimweh bleibt nach der Tat frei von seiner unerträglichen Spannung, obschon er nun erst keine Aussichten hat, heimzukommen. Wie die homerischen Helden sich an der Klage ergötzten und man die Kinder sich ausweinen läßt, war die ursprüngliche Psychanalyse, die kathartische Methode, als ein Abreagieren verhaltener Affekte gedacht, und dadurch hat dieser Begriff auch eine besondere praktische Bedeutung erlangt. Er ist seinerzeit sogar auf körperliche Verhältnisse übertragen worden: ich habe einmal eine Arbeit gelesen, die beweisen wollte, daß z. B. das häufige Niesen zu Beginn eines Schnupfens ein oft gelingender Versuch der Natur sei, durch Abreagieren den drohenden Katarrh zu heilen, der durch Erkältungsreiz entstanden sei.

Man redet in diesem Zusammenhange von „Spannung“ und „Entspannung“, ein Bild, das deshalb besonders naheliegt, weil man unter solchen Umständen subjektiv ein Gefühl konstatieren kann, das vielleicht wegen der Analogie mit den muskulären Spannungen oder geradezu wegen des den Affektvorgang begleitenden wirklichen Muskeltonus von jedem sogleich als Spannung bezeichnet werden muß.

Wissenschaftlich steckt in dem Begriff des Abreagierens der einer Entladung irgendwie verhaltener Energie. *Freud* hat das direkt ausgesprochen und nennt die in Betracht kommende Energie eine affektive; der „Affektbetrag“ selber muß irgendwie verschwinden, „aufgearbeitet“ werden, wobei der Autor nicht nur an Überleitung der Affektenergie auf zentrifugale Bahnen. sondern daneben auch an chemische Vorgänge denkt, über deren Natur er uns allerdings im unklaren läßt.

Es fehlt uns nun jedes Maß, auch nur schätzungweise psychische Energiequanten, die in den Affekten liegen oder in der Reaktion verbraucht werden, zu vergleichen.

Die Dymanik des Zentralnervensystems (ZNS) ist überhaupt unseren Untersuchungsmethoden recht unzugänglich; wir können



nur darauf schließen aus den Wirkungen an der Peripherie, wobei in dem Gewirre der Funktionen ganz unklar bleibt, welche Stärke der einzelne Vorgang besitzt; denn ein starker Reiz, verbunden mit einer starken Hemmung, kann den nämlichen Erfolg haben wie ein schwacher, verbunden mit einer schwachen Hemmung.

Wenn wir eine stärkere Wirkung sehen, wissen wir ferner niemals direkt, ob es sich um einen wirklich stärkeren (intensiveren) Vorgang handle oder nur um eine andere Schaltung (Ausschaltung von Hemmungen, Beteiligung von zahlreicheren Organen an der Funktion, seien diese nun elementare, wie sie das Alles-oder-nichts-Prinzip verlangt, oder neuartige Apparate, wie sie der Ausdehnung eines Reflexes bei starkem Reiz auf andere Muskelgruppen entspricht).

Immerhin haben wir bei den Reflexen Tatsachen, die sich nur dynamisch auffassen lassen. Die (physikalische) Stärke des Reizes steht im Zusamenhange mit der Stärke der Reaktion und mit der Kürze der Latenzzeit. Dabei ist die Vorstellung sehr verbreitet, daß „der Reiz" selber nach Überwindung eines Widerstandes in der grauen Substanz in die Erfolgsorgane weitergeleitet werde, wobei ein gewisses direktes Stärkeverhältnis von Reiz und Erfolg und ein umgekehrtes von Reiz und Latenzzeit selbstverständlich erscheint. Ebenso einfach dachte man sich die Tatsache der Summierung schwacher Reize, die erst in ihrer Gesamtheit eine Wirkung haben: die schwachen Reize werden aufgespeichert, bis sie den Schwellenwert erreicht haben, der nötig ist, den Widerstand zu überwinden, wie Elektrizität als Funke überspringt, wenn die Spannung groß genug geworden ist. In ähnlicher Weise stellt man sich vor, daß auf psychischem Gebiet „viele Nadelstiche" schließlich zu einer energischen Reaktion führen können.

Die Vorgänge verlaufen nun sicher nicht so einfach: der an der Peripherie gesetzte Reiz geht nicht als solcher weiter, sondern setzt einen vorgebildeten und mit eigener Kraftproduktion ausgestatteten Reflexapparat in Bewegung. Es handelt sich also um eine Art Auslösung eines Vorganges, dessen Energie ja einigermaßen mit der auslösenden Kraft schwanken kann, aber nicht



muß. Auch wird innerhalb des Reflexapparates Gelegenheit zu allerlei Modifikationen und ev. Hemmungen und Verstärkungen der Reaktion durch andere Reize oder Vorgänge geboten. Und wenn nun unterschwellige auslösende Kräfte durch den übrigens unbekannten Vorgang, den wir als Summation bezeichnen, den Apparat in Tätigkeit versetzen, so wissen wir nicht, ob der Erfolg auf einer durch die dem letzten vorausgehenden Reize hervorgerufenen größeren Bereitschaft der Nervenmoleküle zur Energieproduktion beruht, oder auf einer Anstauung von Energie, die schließlich in das Erfolgsorgan „abfließt".

Die Summierung von Reizen in den Reflexzentren ist beschränkt auf ganz kurze Intervalle, wie sie bei psychischen Reaktionen nicht in Betracht kommen; wird das Intervall zwischen den Reizen länger, so merkt man von einer größeren Entladungsbereitschaft ebensowenig, wie wenn der vorhergehende Reiz zur Reaktion geführt hat. Wir müssen also vorsichtig sein, wenn wir auch in dieser Beziehung die Erfahrungen an den Reflexen auf die Verhältnisse in den mit Gedächtnis ausgestatteten plastischen Zentren anwenden wollen, wenn auch vielleicht der Unterschied trotz seiner Auffälligkeit nur ein quantitativer ist.

So einfach und selbstverständlich diese Vorstellung des Abreagierens erscheint, so unbefriedigend wird sie, wenn wir anfangen, sie an einer größeren Reihe von Tatsachen zu prüfen. Gerade da, wo der Begriff am meisten angewendet wird, bei den Neurosen und Psychosen, sehen wir ja alle Tage, wie auf ein bestimmtes affektives Ereignis mit aller Kraft äußerlich und innerlich reagiert wird, ohne daß sich die Wirksamkeit des Komplexes vermindert; Gesunde und Paranoide und Hysterische handeln und produzieren jahre-, jahrzehntelang Symptome im Sinne eines Komplexes, ohne je die Affektladung zu erschöpfen; speziell die „verdrängten" Affekte und gar die in krankhafte Reaktionen umgewandelten Affektbeträge verlieren ihre Energiemenge nicht dadurch, daß sie beständig Symptome hervorbringen. Und nicht ohne Grund hält man den Ärzten, die nur abreagieren lassen wollen, entgegen, daß Analyse ohne Affektsturm, ja irgendwelche nicht analytischen Maßnahmen ebenfalls heilend wirken können. Anderseits bleiben tausend unabreagierte affektive Erlebnisse, namentlich beim Kulturmenschen, wirkunglos und hinterlassen nicht die geringsten Spuren einer dauernden „Affektladung". Es



ist auch sehr häufig, daß das abreagierende Sich-gehen-lassen nur den Affekt steigert; man kann „sich selber in eine Wut hineinarbeiten“, während Beherrschung eigentlich viel häufiger nützlich als schädlich ist und beim Kulturmenschen alltäglich positive und negative Affekte definitiv erledigt. Bei Lustaffekten wird es noch deutlicher. Die Verhinderung der Äußerungen kann geradezu die Freude selbst unterdrücken.

Es kommt auch vor, daß durch ein affektives Erlebnis eine Art Zwang gesetzt wird, gerade solche Szenen wieder zu erleben. und das geschieht vornehmlich dann, wenn die primäre Szene einen Affektsturm erregt hat. Das Fehlen des Abreagierens kann also auch hier nicht die Ursache des Fortbestehens der Anomalie sein. Es handelt sich um eine Einrichtung, die, wenn das Bild der Ladung richtig wäre, sich selbst immer wieder in Situationen bringt, in denen sie geladen wird. Viele Leute, die einander nicht leiden können, suchen immer wieder Berührung, um sich aneinander zu ärgern.

Warum soll es überhaupt einer besonderen Aktion bedürfen, um psychische Energie verschwinden zu machen? Daß ein Affekt, ebenso wie irgendeine andere Funktion, z. B. die Tausende von täglich ignorierten Sinnesreizen, einfach „verschwinde“, „sich erschöpfe“, mit der Zeit „vergehe“, scheint auf psychischem wie auf hirnphysiologischem Gebiete ziemlich selbstverständlich. Wenn auch die Sache nicht so einfach ist, wie wenn ein in Bewegung gesetzter Körper allmählich stille steht oder ein Ofen erkaltet, so müssen wir doch ohne weiteres voraussetzen, daß das bißchen Energie, das z. B. durch einen Sinnesreiz als Neurokym zum Gehirn getragen wird, und ebenso das anscheinend größere Quantum, das als Affekterregung an Ort und Stelle freigemacht wird, daselbst in irgendeine andere latente oder freie Energieform übergeführt werden könne, ohne daß das irgendwie von merkbaren Folgen sein müsse.

Alle die erwähnten Beispiele beweisen also nicht einen Vorgang des Abreagierens, und wenn ein solcher überhaupt vorkommt, so kann es nur ausnahmsweise sein; anderseits kann das, was man als einen Vorrat von affektiver Energie betrachtete, unerschöpfbar sein trotz beständiger Ausgabe in direkten Reaktionen



oder in Krankheitssymptomen, d. h. Energie wird in dem Maße wieder gebildet, wie sie verbraucht wurde, wenn überhaupt die Vorstellung eines Verbrauches richtig ist. Damit ist die Annahme als unrichtig erwiesen, daß die Energiequanten, die ein einmal gesetzter Affekt enthält, notwendig durch eine Reaktion abgeführt werden müßten. Unter gewöhnlichen Umständen gibt es überhaupt kein Abreagieren; die Abfuhr der Affekte ist keine allgemeine Notwendigkeit. Vielleicht gar keine Notwendigkeit.

Was steckt nun aber hinter den Erfahrungen, die man bis jetzt als Abfuhr, als Abreagieren auffaßte?

Wenn wir uns umsehen, wo sonst etwas wie ein Abreagieren vorkommt, so finden wir das nicht auf dynamischem Gebiete.

Ich habe einen Brief geschrieben, stecke ihn in die Tasche mit dem Vorsatz, ihn in den nächsten Briefkasten zu werfen, und brauche nun nicht mehr daran zu denken. Der erste Briefkasten, den ich beim Ausgehen sehe, veranlaßt mich, den Brief einzuwerfen. Ich bin an einer Arbeit, die ich nicht unterbrechen kann oder will. Durch irgendeinen Hinweis kommt mir in den Sinn, ich sollte, sei es für diese Arbeit, sei es zu einem ganz andern Zwecke, ein Buch aus einem andern Zimmer holen. Die Idee hat mich vielleicht nur einen Bruchteil einer Sekunde beschäftigt und existiert nachher nicht mehr in meinem Bewußtsein. Wie nun der Moment kommt, da ich das Buch holen kann, oder sollte, gehe ich ins andere Zimmer zum Bücherschrank und nehme das Buch. So geht es tausendmal und so selbstverständlich, daß ich es gewöhnlich gar nicht merke. Der ganze Mechanismus kommt mir nur dann zum Bewußtsein, wenn etwas nicht ganz klappt: da ich in erster Linie Motoriker bin, haftet die Dislokationsvorstellung am besten. Ich finde mich nicht selten an der Stelle, wo das Buch zu finden ist, bei der Person, der ich etwas zu sagen habe, und nun erst muß ich mich besinnen, „was ich wollte“, warum ich dahin gegangen bin. Oder ich habe nacher gesehen, daß ich das Buch nicht brauche, und gehe im kritischen Moment doch. Wenn man einen Wahlversuch macht, so schaltet man in seinem Gehirn einen Apparat zusammen, der z. B. auf Erscheinen eines grünen Lichtes mit der

rechten Hand, auf ein rotes Signal mit der linken reagiert. Bei der einzelnen Reaktion hat das bewußte Ich sehr wenig, oft gar nichts mehr zu tun: die Reaktion geht automatisch. Ist sie etwas schwierig, so sind oft die objektiven Resultate nicht im Einklang mit der subjektiven Kontrolle des bewußten Ich. Dieses kann im Moment der Aufgabe verwirrt sein, die Maschine kann aber doch richtig und prompt reagieren, oder auch umgekehrt, indem das Bewußtsein durch sein Hineinreden die Reaktion stört [1]).

In diesen Fällen haben wir durch einen bloßen einmaligen Entschluß einen zerebalen Apparat für eine bestimmte Gelegenheit zusammengestellt, der den Entschluß ausführt ganz in gleicher Weise, wie die Gewöhnung automatische Apparate schafft, oder wie die Phylogenese Apparate für Reflexe oder Instinkte in unserem ZNS zusammengestellt hat.

Jeder Entschluß, jedes Unternehmenwollen schafft einen solchen Apparat von dem einfachsten, an den Reflex erinnernden Selbstlauf, der auf einen bestimmten Reiz reagiert (einfacher psychologischer Reaktionsversuch), bis zu der Lebensaufgabe, deren Einstellung vielleicht erst der Tod aufhebt, und deren Ausführung Tausende von Malen unterbrochen wird und angestrengte Tätigkeit aller unserer Kräfte verlangt. Man stellt sich ein, auf den Wecker zu erwachen oder nicht zu erwachen, man entschließt sich zu einem Spaziergang, man richtet seine Aufmerksamkeit darauf, eine bestimmte Pflanze zu finden, Druckfehler zu sehen; man nimmt sich vor, Lehrer zu werden, auf einem bestimmten Wege Reichtum oder Ansehen zu erlangen, Dichterruhm zu erwerben usw. usw.

Eine andere Art solcher Apparate sind die durch Übung oder Gewöhnung entstandenen, mehr oder weniger automatisch arbeitenden. Sie sind viel seltener pathogen, doch haben sie auch in dieser Beziehung eine Bedeutung, die oft übersehen wird.

Ein solcher Gelegenheitsapparat kann auch entstehen aus der Zusammenkoppelung des zentrifugalen Teiles eines Reflexes mit irgendeinem neuen Reiz (*Pawlow*sche Assoziationsreflexe); ein Plantarreflex wird einigemal zugleich mit einem Glockensignal erregt, worauf er ohne andern Reiz durch das Ertönen der Glocke ausgelöst wird. Als ich Radfahren lernte

[1]) Vgl. z. B. *Ed. Keller*, Handlung und Bewußtsein usw. Diss. Zürich, 1915.



und an Schnupfen litt, hatte ich an einer bestimmten Stelle, wo ich das Rad mit beiden Händen steil hinaufstoßen mußte, das Bedürfnis, die Nase zu schneuzen. Jahrelang zwang mich darauf die Nasensekretion ohne jeden Schnupfen, das Taschentuch hervorzunehmen, wenn ich mit dem Rade an dieser Stelle vorbeifuhr.

Die Erfahrung zeigt nun, daß jeder Gelegenheitsapparat wieder auseinandergeschaltet werden muß, wenn er nicht dauernd funktionieren soll. Eigentlich ist das selbstverständlich; aber bei der unausweislichen, wenn auch falschen Auffassung, daß alle Bewegung und alle Funktion und so auch jede zentralnervöse Funktion von selbst einmal aufhöre, vergißt man, daran zu denken. Es ändert sich auf physiologischem und psychologischem Gebiete ebensowenig wie auf physikalischem etwas ohne Ursache. So sehen wir, daß, wenn wir uns einmal eingestellt haben, die Glockenschläge zu zählen, wir nicht so leicht aufhören können; auch wenn wir es fertig bringen, von einem bestimmten Schlag an etwas anderes zu denken, so zählen wir doch leicht automatisch weiter und wissen ganz gut, wann der letzte Schlag ertönt (natürlich vorausgesetzt, daß wir die Zeit kennen). Die Gewöhnung, auf Druckfehler zu achten, macht sich leicht bei einer belletristischen Lektüre unangenehm geltend. *Mach*[1]) schreibt: „Wenn ich einige Male meine Faust taktmäßig balle und dann nicht mehr weiter auf diese Bewegung achte, so bedarf es oft eines besonderen Entschlusses, um dieselbe einzustellen.“ Schizophrene sind nicht selten außerstande, wiederholte Bewegungen im richtigen Moment aufhören zu lassen. Hierher gehört auch der Katatonusversuch *Kohnstamms*, bei dem man, an einer Wand stehend, den Handrücken etwa eine Minute lang gegen die Wand drückt, dann einfach sich abdreht, ohne den Arm anders einzustellen: dieser geht nun langsam automatisch in die Höhe, indem die Muskelkontraktion, die vorher die Hand gegen die Wand drückte, sie jetzt, da kein Hindernis mehr ist, in die Höhe hebt. Wenn man ermüdet ist, bringt man oft die zum Aufhören einer Arbeit nötige Energie nicht auf und arbeitet gegen seinen Willen weiter. Nach geistiger Anstrengung wird leicht das automatische Weiterarbeiten geradezu ein Hindernis des Schlafes. Die Perseveration bei groben

[1]) *Mach*, Erkenntnis und Irrtum. III. A. Barth, Leipzig, 1917. 430.



Hirnherden, wo der Kranke von einem bestimmten Wort, einer einfachen Handlung nicht mehr loskommt, indem ihm beliebige andere Impulse immer wieder in die eben benutzte Bahn entgleisen, zeigt ebenfalls, daß das Aufhören einer zerebralen Funktion ein besonderer Akt ist. In gröberer Weise sehen wir das nämliche am absterbenden Hirn im Tierexperiment, wo elektrische Reizung eine einmal ausgelöste Bewegung, z. B. eine bestimmte Kaubewegung, von beliebigen Stellen aus auslösen kann, während die normale Reaktion der Reizstelle ausbleibt. Bekannt sind auch die allerdings nicht sehr häufigen Vorkommnisse, wo durch Schuß in die Oblongata ein Tier oder ein Mensch in einer bestimmten Stellung krampfhaft festgehalten wird, wie man annimmt, weil die allzu plötzliche Verletzung einerseits keine Zeit zur Abstellung der Funktion vom Gehirn aus ließ, andererseits, weil ein glatter Schuß unter Umständen nicht selbst einen Reiz zu setzen braucht, der im Rückenmark eine andere Einstellung herrvorrufen könnte.

Zur Abstellung eines Gelegenheitsapparates stehen verschiedene Mechanismen zur Verfügung. Dem Zwecke entsprechend ist das Häufigste, ich möchte sagen das Naturgemäße, daß der Apparat sich selber abstellt, nachdem sein Zweck erreicht ist: die Abstellung liegt in seinem Bau. Ich beabsichtige die Tür zu schließen, oder ich will mich ankleiden. Der Apparat funktioniert nun ziemlich automatisch; mein bewußtes Ich hat sich mit der Ausführung wenig oder gar nicht zu beschäftigen. Sobald aber die Tür geschlossen ist, oder ich ausgezogen bin, ist nichts mehr von der Existenz des Apparates zu bemerken.

Der Apparat kann auch dadurch abgestellt werden, daß die Ausführung der Handlung nicht mehr nötig oder nicht mehr erwünscht ist: jemand anders hat die Tür geschlossen, oder ich möchte sie nun offen haben. Da wird er unwirksam durch einen Gegenbefehl. So ist es, wenn man sich mit jemandem, an dem man sich rächen wollte, „aussöhnt“, wenn man findet, die Rache sei unmoralisch oder nicht angebracht, oder die Beleidigung sei nicht so schwer gewesen; oder wenn man so gute Eigenschaften an dem Beleidiger entdeckt hat, daß man ihn nicht mehr hassen kann.



Einzelne — verhältnismäßig sehr wenige — Vorsätze werden einfach „vergessen“, d. h. andere Funktionen haben den Apparat gehemmt. Die gegenseitige Hemmung ist eine allgemeine Eigenschaft aller zentralnervösen und psychischen Funktionen, soweit sie das gleiche Ziel verfolgen. Diese Vorstellung ist also nicht im Widerspruch mit der früheren Konstatierung, daß der Apparat weiter besteht, so lange er nicht ausdrücklich abgestellt wird. Es ist ähnlich wie mit den übrigen Engrammen. Die vulgäre Vorstellung, daß sie mit der Zeit sich verwischen und schließlich zugrunde gehen können, ist eine falsche. Ein Engramm geht nur mit dem Gehirn unter (wenigstens beim Menschen; wie es sich z. B. bei den Bienen verhält, die nach einer Chloroformnarkose ihren Korb nicht mehr finden sollen, weiß ich nicht.) Die Engramme werden mit ihrem Alter nur überlagert durch neue und werden noch aus mancherlei anderen Gründen der Ekphorie schwerer zugänglich, so z. B. durch die in jedem Momente sich verändernde Gestalt des Ausgangkomplexes, des Ich oder der ganzen Denkweise, des allg. Assoziationsablaufes, durch den verwirrenden Einfluß von Ähnlichkeiten (*Ranschburg*) usw. In Wirklichkeit sind die älteren Engramme gerade die resistenzfähigeren. Jugenderinnerungen stehen dem Senilen am ehesten zur Verfügung, oft mit solcher Lebhaftigkeit, daß er sie für Wirklichkeit hält.

Eine dritte Art der Außerfunktionsetzung eines Gelegenheitsapparates ist die Verdrängung, d. h. die aktive Abspaltung vom bewußten Ich durch eine entgegenstehende Tendenz desselben. Der Vorgang hat eine ungleich größere Bedeutung als die der Hemmung durch bloße Konkurrenz anderer Funktionen. Man sagt gewöhnlich, es sei die Unerträglichkeit einer Vorstellung für das Ich, die dieses zur Verdrängung veranlasse. Es sei z. B. infolge einer Beleidigung ein Mechanismus zusammengestellt worden, der darauf hinzielt, sich zu rächen: das eigene Gewissen, das Gesetz, Pietät gegen den Beleidiger oder auch äußere Umstände hindern aber die Erledigung. Der Apparat bleibt bestehen, drängt zur Rache und schafft Unbehagen. Schon bei unbedeutenden Anlässen wird das Unlustgefühl unerledigter und verdrängter Vorsätze recht empfindlich: wenn man sich nur eingestellt hat, irgendeine Kleinigkeit nachzulesen, etwas zu sagen, sich aber im gege-



benen Moment die Aufgabe nicht zum Bewußtsein bringen kann, so empfindet man das unangenehm, und zwar sogar dann, wenn man nicht nur weiß, was man wollte, sondern daß man etwas ausführen wollte oder sollte: der Gelegenheitsapparat hat unter solchen Umständen etwas Beunruhigendes, das auch wieder dazu drängt, ihn abzustellen oder wenigstens vom Bewußtsein soweit als möglich abzuschalten. Unter normalen Umständen gelingt die Verdrängung gewöhnlich so weit, daß der Apparat gar nicht mehr oder nur wenig störend wirkt.

Bei bestimmten Anlagen und bei relativer Stärke des Triebes, der den Apparat geschaffen, mißglückt aber sowohl Abstellen wie Verdrängen. Während der wahrhaft Verzeihende seinen Racheapparat ohne Anstrengungen definitiv abstellt, so „will" der Rachsüchtige eben die Rache nicht aufgeben, auch wenn sein bewußtes Ich sie verworfen hat; das ist gleichbedeutend mit: er kann den Apparat nicht unwirksam machen aus rein dynamischen Gründen, weil das Streben nach Rache zu lebhaft ist, trotzdem das Ich es verwirft. Darin liegt die Bedeutung der ambivalenten Komplexe.

Es sind gewiß vielerlei psychopathische Anlagen, die die Erledigung solcher Apparate erschweren, ohne daß wir sie genauer bezeichnen könnten. Bekannt ist die allgemeine Entschlußunfähigkeit der Zwangskranken, die es unmöglich macht, sich für oder gegen etwas zu entscheiden, und folglich auch, einen solchen Apparat zu erledigen. Wir berühren uns da mit *Friedmanns* abschlußunfähigen Vorstellungen. Unter Gesunden gibt es Personentypen, die leicht resignieren, etwas auf sich beruhen lassen können und deshalb auch unerledigte Komplexe ohne Schaden mit sich herumtragen können, während andere unglücklich sind, wenn sie nicht alles abreagieren können.

Ist gar der Rachewunsch in statu nascendi oder auch erst nachträglich vollkommen vom bewußten Ich abgespalten worden, so ist diesem auch jeder gangbare Zugang zu demselben abgeschnitten; es kann ihn überhaupt nicht beeinflussen, geschweige abstellen oder demontieren. Der Gelegenheitsapparat besteht im Unbewußten ungehemmt weiter und kann von da aus beunruhigen und die nervösen Symptome hervorbringen.

So kann ein Gelegenheitsapparat, ob er Symptome mache oder



nicht, ein Leben lang im Unbewußten weiter bestehen, in Kraft und Qualität ganz unverändert. Man hat das früher auch ausgedrückt, daß „den verdrängten Affekten die Usur fehle". Eine Greisin kann auf das Antönen einer verdrängten Liebschaft, die 50 Jahre zurückliegt, wie ein Backfisch reagieren, d. h. wie sie es damals getan. Die Abspaltung erlaubt es auch, daß der Gelegenheitsapparat so oft gegen das Interesse der Person handelt.

Der scheinbare Widerspruch, daß Komplexe verdrängt und dann vom Bewußtsein aus unbeeinflußbar seien, während sie selbst doch beständig unser bewußtes Denken und Fühlen und Handeln beeinflussen und sogar vom Bewußtsein aus zu solchen Kundgebungen jeweilen in Tätigkeit gesetzt werden, löst sich nun leicht. Das physiologische Prototyp ist auch hier das Beispiel vom Briefe, den ich, ohne daran zu denken, in der Tasche trage, bis ich zu einem Briefeinwurf komme, in den ich ihn werfen kann. Der ganze Gedanke an den Brief ist allerdings hier nicht als unerträglich „verdrängt", sondern nur sonst abgespalten, durch Beschäftigung mit andern Dingen „unterdrückt" worden. Der Unterschied ist nur ein quantitativer und in der Beziehung, worauf es hier ankommt, ganz bedeutungsloser. Der Anblick des Briefeinwurfes löst die Handlung aus, die nun automatisch oder bewußt ausgeführt werden kann. Das Wesentliche dabei ist die Ingangsetzung eines Apparates, der den Brief besorgen soll. Prinzipiell nicht anders ist es bei verdrängten Komplexen.

Ich habe den Trieb, bestimmte Flaschen zu beseitigen, in statu nascendi verdrängt. Ich zerschlage aber die Flaschen gegen meinen bewußten Willen „aus Ungeschicklichkeit", ohne zu wissen, wie und warum ich es tue. In posthypnotischen Handlungen geschieht genau das nämliche: nur die Wirkung kommt zum Bewußtsein, nicht die gesetzte Maschine. Diese bleibt abgesperrt in ihrer Existenz und ihrer Begründung und ihrem Mechanismus. Nur wenn in der bewußten oder unbewußten Psyche ein adäquater Vorgang abläuft (ähnlicher intellektueller Inhalt, ähnliche Situation, ähnliche Gefühle), wird die Wirkung ausgelöst. Warum wird nicht der auslösende Vorgang von dem verdrängten Apparat abgesperrt und dadurch wirkunglos gemacht? Gewiß wird er es meistens, und deswegen gibt es gelungene Verdrängungen und gesunde Menschen. Das nehme ich wenigstens an, ohne es strikt beweisen zu können. Man kann ein Rachebedürfnis, eine Liebe verdrängen ohne auffallende Folgen, auch wenn „der Komplex" im Unbewußten weiterlebt. Da aber die Aus-



lösung der Tätigkeit solcher Apparate ganz unabhängig vom Willen und bei voller Ausschaltung der Ursache, d. h. des gebildeten Apparates und seiner Begründung, aus dem Bewußtsein eine Funktion ist, die jeden Tag Tausende von Malen abläuft, ist es begreiflich, daß da, wo die Unterdrückung irgendwelchen Schwierigkeiten begegnet und deshalb nicht absolut ist, der Apparat doch zur gewohnten Wirkung kommt. Mancher Komplex läßt sich eben nicht ganz unterdrücken oder abspalten, vielleicht schon, wenn er zu stark ist, namentlich aber wenn er ambivalent ist. Im letzteren Falle ist etwas in uns, das seine Wirkung wünscht, also der Hemmung entgegenwirkt. Das verhindert eine volle Ausschaltung der Auslösbarkeit.

Solche Auslösungen können wir auch mit *Kretschmer* als „Kurzschluß" bezeichnen. Die Wirkung ist von vornherein an ein bestimmtes Ereignis, die auslösende Idee gebunden: Die Ausführung einer Wahlreaktion wird an das Erscheinen eines roten Lichtes, die Besorgung des Briefes an den Anblick des Briefkastens geknüpft, ohne daß andere bewußte oder unbewußte Assoziationen auftreten müssen; wenn ich die Schrift eines Bekannten sehe, ohne sie zu erkennen, habe ich ein angenehmes oder unangenehmes Gefühl, das eigentlich dem Schreiber angehört. Trotzdem die Vorstellung dieses letzteren nicht ins Bewußtsein kommt, wird der Affekt ausgelöst. So erregt der gegen den Patienten gerichtete Suppenlöffel dessen Wut, weil ihn einmal seine Stiefmutter mit einem ähnlichen Instrument bedroht hatte. Das letztere Ereignis ist aber verdrängt. Mit dem Bewußtsein verknüpft wird nur die erregte Wut, oder in anderen Fällen die durch den Komplex ausgelöste symbolische Handlung oder das Symptom. Das Bewußtsein lehnt die direkte Wirkung in statu nascendi ab. Wenn es aber selber nicht bemerkt, was getan wird, weil statt der abgelehnten Handlung ein Symbol erscheint, so fehlt die Hemmung vom Bewußtsein aus: die Handlung kann vor sich gehen. Und die bei der Verdrängung gesetzte Hemmung, die ein für allemal gelten sollte, ist eben in allen diesen Fällen aus irgendeinem auffindbaren Grunde ungenügend. Die Reaktion wird automatisch ausgelöst, wenn es auch nicht paßt.

Ein Apparat funktioniert natürlich am leichtesten, wenn zu-



gleich mehrere Reize im nämlichen Sinne auf die Auslösung der Tätigkeit einwirken, daher finden wir in solchen Fällen so oft die sogenannte Überdeterminierung.

Unsere Frage, was hinter den Erfahrungen, die wir bis jetzt als Abreagieren auffaßten, stecke, ist mit diesen Ausführungen beantwortet: es wird nicht eine aufgespeicherte Energie abgeführt, sondern ein Apparat abgestellt. Dieser zu gelegentlichen Zwecken zusammengeschaltete Apparat hat wie jede nervöse Funktion seine wesentliche Kraftquelle in sich. Wenn er bei jeder Reaktion „Energie ausgibt“, so wird diese auf dem gleichen Wege ersetzt wie alle andere nervöse Energie. Deshalb kann ein Gelegenheitsapparat ein Leben lang funktionieren, ohne sich zu erschöpfen; er kann auch mit der Zeit noch energischer werden, wenn neue Anlässe seine Spannung erhöhen. „Sich gehen lassen“ übt den Mechanismus und muß ihn also wirksamer oder leichter auslösbar machen, wenn es ihn nicht abstellt. Der Normale unterdrückt täglich Affekte und Strebungen, ohne Schaden zu leiden. Er will eben nicht reagieren und stellt den Apparat bewußt oder unbewußt ab. Für ihn ist Beherrschung zugleich Gegenbefehl und Abstellen des Apparates. Nur wo irgendwelche Hindernisse sich der Außerfunktionsetzung entgegenstellen, wirkt der Apparat weiter — wie? hat uns *Freud* gezeigt.

Die Wirkung der Psychanalyse beruht darauf, daß ein Gelegenheitsapparat mit dem bewußten Ich assoziativ verbunden wird; dadurch wird er der Abstellung, der Erledigung zugänglich und kann wirkunglos gemacht werden.

Die Krankheit oder deren Symptome rühren daher, daß ein solcher Apparat gebildet worden ist, der sich einerseits nicht selbst aufheben kann, weil sein Ziel infolge äußerer oder namentlich innerer Hemmungen, Ambivalenz, unerfüllbar ist (unrealisierbare erotische Strebungen etc.), andererseits weil er der Abstellung durch das bewußte Ich unzugänglich ist, da er von ihm abgespalten, verdrängt ist. Durch die Analyse wird der Apparat dem Ich zugänglich gemacht und kann nun abgestellt werden.

Einen etwas komplizierteren Mechanismus hat das aktive Auf-



suchen von Traumen, die man einmal erlebt, aber affektiv nicht erledigt hat. Wenn ein Gelegenheitsapparat zusammengeschaltet ist zu dem Zwecke, bestimmte Reaktionen auszuführen, so liegt darin ein allgemeines Bedürfnis nach solchen Reaktionen. Ein Kind hat ein Angsterlebnis durchgemacht. Es bleibt nun ängstlich zumal inbezug auf ähnliche Situationen wie die erlebte. Der Angstmechanismus wird dauernd besonders leicht angeregt, und zwar mit der Kraft, die dem früheren Ereignis entspricht. Es entsteht eine Explosionsbereitschaft auf Angst und zugleich eine Assoziationsbereitschaft für alle Ereignisse oder Ideen, die geeignet sind, Angst auszulösen. Vom Auffassen aller möglichen Ereignisse als schreckerregend. Herausfühlen jeder bedrohlichen Komponente oder Gefahrmöglichkeit in einer Situation bis zum aktiven Aufsuchen, ja Herbeiführen solcher Situationen ist nun psychologisch kein eigentlicher Schritt. Sobald man Affektbereitschaft für etwas hat, sich für etwas (positiv oder negativ) „interessiert", sucht man es auch auf; so wird das neuropathische Kind, das einmal von einer Tram überfahren worden und den dabei entstandenen Affekt nicht erledigt hat, ähnliche Unfälle leicht wieder erleben, nicht nur weil es besondere Angst davor hat und sich deshalb in den entsprechenden Situationen ungeschickt benimmt, sondern auch, weil es sich mit unbewußter Vorliebe gerade an Orten bewegt, wo eine solche Gefahr besteht.

Die Auffassung erklärt noch manche andere Erscheinungen: Ich pflege jeden dritten Tag alle Abteilungen zu besuchen. Muß ich mir nachträglich klarmachen, an welchem Tage ich zuletzt diese Visite gemacht, so bin ich sehr oft unsicher. Denke ich mir aber zum voraus: heute über drei Tage, also am Freitag, habe ich wieder zu gehen, so bleibt das wohl ausnahmslos in der Erinnerung. Ich stelle mich auf den Freitag ein, und die Einstellung bleibt, bis ich die Visite gemacht habe; dann aber wird sie schnell unwirksam. Allerdings könnte dabei mitwirken, daß die zukünftige Visite nur die *eine* Assoziation mit dem Wochentag hat, während die erledigte außerdem noch viele andere besitzt, die die letztere hemmen können. Doch erweisen sich diese andern Assoziationen häufig gerade als Fäden, an denen ich die Verbindung mit dem vergangenen Wochentage wiederherstellen kann. Es ist auch bekannt, daß der Normale zum Unterschied vom Kranken sehr selten beim Schreiben oder Sprechen Kontaminationen hervorbringt, die Buchstaben vorausgehender Wörter in die folgenden bringt, während das Umgekehrte häufig der Fall ist. Durch das Aus-



sprechen (oder Schreiben) ist das Wort erledigt und verliert es seinen Einfluß auf das Nachfolgende, während die Einstellung auf die Umsetzung der Gedanken in Worte dem Aussprechen immer etwas vorausgehen muß, weshalb die nachfolgenden Wörter die eben auszusprechenden zu beeinflussen vermögen. Praxis und Laboratoriumsversuche zeigen, daß Gedächtnismaterial, das für einen bestimmten Termin gelernt wird, sehr leicht unzugänglich wird, wenn es nicht mehr benötigt wird. Es ist das mit ein Grund, die Einrichtung der Examina schlecht zu finden. Wenn ich einen Vortrag bei der Präparation in extenso geschrieben habe, so wird es mir sehr schwer, ihn frei zu halten, weil die Sache dann für mich erledigt ist. Es ist dabei auch ein ungenügender Notbehelf, wenn ich mir nachträglich kurze Notizen mache in der Art, wie ich sie sonst benutze. Wissenschaftliche Arbeiten, die einmal erledigt sind, werden die meisten, wenn irgendein Zufall das verlangt, nicht mehr gern schreiben, und ganz mit Recht; denn es gelingt oft schlechter, trotzdem man nun manches hinzugelernt hat, was der Arbeit nützen könnte. Von Künstlern ist es bekannt, daß sie oft ihrem Werke nach der Vollendung wie fremd gegenüberstehen; die ganze Einstellung der Gedanken und Gefühle ist mit dem Augenblick der Vollendung eine andere geworden und kann ohne besondere Anlässe nicht mehr gewonnen werden. Am wichtigsten ist dabei wohl der Umstand, daß der Komplex, der das Werk angeregt hat, abreagiert, der Gelegenheitsapparat erledigt ist. Doch erzählte mir ein künstlerisch angelegter Kollege, daß er aus dem Gedächtnis ein Porträt zeichnen könne — aber nur einmal. Beim Versuch einer Wiederholung ständen ihm die optischen Vorstellungen nicht mehr zur Verfügung. Hier spielen Komplexe keine Rolle.

Bei der Abstellung eines Apparates kommt es im Prinzip gar nicht darauf an, ob ein Affekt zur Entäußerung komme oder nicht. Für viele Fälle muß das aber die Erledigung unterstützen, und bei Individualitäten wie Bismarck, denen es nach einem verhaltenen Affekt erst wieder wohl wird, wenn sie ein Service zerschlagen haben, mag die Affektäußerung sogar eine wesentliche Bedingung für die endgültige Unschädlichmachung des Apparates sein. Dieser hat dann seine Bestimmung erfüllt und demontiert sich seiner Einrichtung entsprechend selber, wie es eigentlich geschehen soll und unter normalen Umständen gewöhnlich geschieht. Affektentäußerung (Abreagieren) kann also nützlich, ja nötig sein zur Abstellung des gesetzten Apparates, hat aber auch dann nichts zu tun mit Abfuhr eines bestimmten Quantums Affektenergie.



Die psychologischen Einzelheiten der Gelegenheitsapparate bieten manches Interessante, das noch lange nicht alles ausgedacht ist. Einige Andeutungen mögen aber am Platze sein.

Die Energie, die ein solcher Apparat entwickelt, wird zunächst einmal abhängig sein von der allgemeinen Energie des Individuums und von der Stärke des zugrunde liegenden Triebes. Je energischer man ist, um so energischer verfolgt man bestimmte Ziele, für die man sich eingestellt; je lebenswichtiger das Ziel, um so mehr Kraft wird zu seiner Erreichung eingesetzt. Der Gelegenheitsapparat, der zu einem Laboratoriumsversuch zusammengeschaltet wird, kann niemals die Energie entwickeln wie einer, der dazu da ist, die Geliebte zu gewinnen.

Für die Pathologie ist aber viel wichtiger die relative Stärke gegenüber andern Strebungen und gegenüber Hemmungen. Da kommt natürlich das spezielle Interesse, dem der Apparat dient, in Betracht, die subjektive Wichtigkeit der Annahme oder Ablehnung, der der Apparat dient. Für vitale Interessen wenden wir meist mehr Kraft auf als für nebensächliche — meist, die Ausnahmen sind zahlreich. Namentlich wo unser Selbstgefühl oder erotische Strebungen berührt werden, ist jede Reaktion eine besonders starke, und das auch dann, wenn sie objektiven vitalen Interessen direkt widerspricht.

Entgegenstehende Interessen haben offenbar mit der Stärke der Ladung wenig oder gar nichts zu tun. Bei Neurotikern machen gerade diejenigen Apparate am meisten und ehesten Symptome, die von der bewußten Psyche ganz abgelehnt werden, die verdrängten.

Dagegen können wiederholte ähnliche Anlässe sicher nicht nur die Explosionsbereitschaft, sondern auch die Stärke der Entladungen erhöhen (die „Nadelstiche").

Dieser Vorgang ist jedenfalls ein sehr komplizierter. Da der Hauptteil des Gelegenheitsapparates ein mnemisches Gebilde ist, können wir nicht annehmen, daß einfach eine einmal gesetzte Einrichtung verstärkt werde, sondern daß immer gleichsam nach dem Muster des alten ein neuer Apparat zusammengestellt wird, von dem der erstere ein wesentlicher Bestandteil ist. So verstehen wir auch, daß der Apparat durch mehrfache Reizsetzung nicht nur in dem Verhältnis einer Summation der Reize stärker wird, sondern daß sich seine Energie „potenziert" (im Sinne wie gleichwirkende, aber an verschiedenen Orten angreifende Gifte sich potenzieren).

Sei dem, wie ihm wolle; daß nicht bloß ein Apparat immer mehr „geladen" wird, bis die angesammelte Energie zur Entladung führt, wird u. a. dadurch bewiesen, daß nachher die Reaktionen sich unter Umständen beliebig wiederholen können, ohne deswegen an Kraft abzunehmen; ja, sie können dadurch immer stärker werden. Ist man einmal durch die vielen Nadelstiche gereizt, so bedarf es jeweilen nur eines einzigen neuen Anlasses, um schwere Zornhandlungen auszulösen.



Die Energie eines Gelegenheitsapparates ist also nicht einer Federspannung oder einem Quantum Elektrizität zu vergleichen, sondern sie ist eine Einstellung auf eine bestimmte Spannung. Wenn die Maschine arbeitet, tut sie es mit einer innerhalb gewisser Grenzen bestimmten Spannung, die sie im Prinzip behält, bis sie demontiert wird. Die nötige Energie entnimmt sie nicht einer Ladung, sondern dem Energievorrat des ZNS.

Das Gesagte bezieht sich auf das Prinzip des Apparates. Dynamische Modifikationen der Reaktion je nach der momentanen Konstellation sind etwas Häufiges. Ein Stotterer wird um so stärker stottern, je wichtiger der äußere Anlaß ist, je mehr er sich dabei genieren muß.

Mit der Energie des Apparates muß ceteris paribus auch die Widerstandsfähigkeit desselben in direkter Beziehung stehen; sind doch beide von der Stärke des Affektes abhängig. So wird bei labiler Affektivität leicht die Stimmung des einen Augenblicks einen Gelegenheitsapparat bilden, die des andern ihn durch einen Gegenimpuls abstellen. Ein Apparat, gebildet unter dem Einfluß eines starken und zugleich nachhaltigen Affektes, wird der Abstellung am meisten Widerstand entgegensetzen.

Das Unwirksammachen eines Gelegenheitsapparates haben wir bis jetzt provisorisch als „Abstellen" bezeichnet. Der Ausdruck entspricht unzweifelhaft den Tatsachen nicht ganz. Doch besitzen wir zur Bezeichnung der in Betracht kommenden komplizierten und stark abgestuften psychologischen Begriffe noch keine guten Ausdrücke. Wenn wir von dem Bilde einer elektrischen Schaltanlage ausgehen, nach dem, soweit wir überhaupt wissen, die zentralnervösen Vorgänge ablaufen [1]. so besteht der Apparat in einer bestimmten „Schaltung": die Bahnungen und Hemmungen werden so gestellt, daß auf einen bestimmten Reiz eine bestimmte Reaktion erfolgt. Die spätere Abstellung ist dann mit guten Gründen zu vergleichen einer Rückdrehung der Schaltungen ungefähr auf den früheren Stand. Der Apparat, der eigentlich in der Schaltung besteht, wird also demontiert, existiert nachher [2]) nicht mehr. Die Verhältnisse sind somit in keiner Weise zu vergleichen dem Auslaufen oder Hemmen einer Uhr, oder dem Erkalten des Dampf-

[1]) Ausdrücklich ist zu bemerken, daß damit keine lokalisatorischen Vorstellungen verbunden werden dürfen. Verschiedene Funktionen können im Prinzip von den nämlichen Elementen geleistet werden, etwa so wie das nämliche Geigenholz die verschiedensten Töne wiedergibt.

[2]) In gewisser Beziehung. S. den folgenden Absatz.



kessels oder Stillstellen der Maschine in einer Dampfanlage, Fällen, wo der arbeitende Apparat noch weiter besteht.

Ich hätte also statt bloß von Abstellung von Auseinanderschaltung oder Demontierung sprechen sollen. Daß ich es nicht getan, hat seinen Grund darin, daß ich dann mir eine kleine — hier allerdings bedeutunglose — Ungenauigkeit hätte zuschulden kommen lassen: in unserem Gedächtnis, in unserer Psyche, geht nichts ohne Gedächtnisspur unter. Alle Engramme dauern so lange wie das Gehirn, und ein Gelegenheitsapparat ist natürlich auch ein Engramm. Aber ein abgestellter Apparat ist dennoch etwas anderes als ein aktueller, etwas, das unter gewöhnlichen Umständen keine Funktionen mehr hat. Daß aber auch diese Gedächtnisfunktion wie jede andere weiter besteht, erkennen wir daran, daß neue ähnliche Anlässe leichter wieder einen solchen Apparat schaffen, und daß dieser an Qualität und Energie ohne anderen Grund leicht die Form eines früheren annimmt. Das Engramm kommt als „Übung" zur Wirkung. Eine ärgerliche Reaktion auf eine bestimmte Situation, eine bestimmte Handlung, ein hysterisches Symptom und tausend ähnliche Funktionen wiederholen sich gern bei neuen irgendwie ähnlichen Anlässen, und zwar auch dann, wenn sie voll abreagiert oder abgestellt oder sonstwie erledigt waren. Von Kriegsenuretikern haben die meisten bloß das Bettnässen ihrer Kindheit wieder aufgenommen, ohne daß deshalb alle diese Fälle eine physiologische Blasenschwäche hatten. Von besonderer Wichtigkeit sind solche automatisierte psychische Mechanismen bei den Suchten. Wenn der geheilte Trinker einer Schwierigkeit begegnet, so schnurrt nicht so selten der früher eingeübte Apparat trotz aller guten Vorsätze und „Abstellungen" wieder ab, und der unglückliche Patient ist sich selber nicht recht klar, wie er dazu gekommen ist, in einem Gift Trost zu suchen, von dem er bestimmt weiß, daß es ihm das Gegenteil bringt von dem, was er bezwecken möchte.

Da man Gedächtnis nur als Erinnerungsvermögen und höchstens noch als Übungsfähigkeit allgemein kennt, mag die Rolle, die es bei der Bildung und Erhaltung der Gelegenheitsapparate spielt, noch durch eine Analogie er-



läutert werden: Wir bekommen durch Erfahrung einzeln den Begriff „Vollmond“ und den zweiten „schön Wetter“. Einige Male haben wir beides zusammen erlebt; dadurch kommen sie in assoziative Verbindung; man denkt bei Vollmond an schönes Wetter und umgekehrt; man bringt sie auch in der Idee: „Vollmond macht schön Wetter“ in logische, speziell kausale Verbindung. Diese Verbindung dauert, bis neue Erfahrung zeigt, daß Vollmond und schönes Wetter unabhängig voneinander vorkommen. Dann denkt man nicht mehr beim einen ans andere, und die kausalen Beziehungen werden annulliert. Nichtsdestoweniger macht sich das Erlebnis unter Umständen wieder bemerkbar, aber nun in der Form, daß man sich an den früheren Irrtum „erinnert“, oder daß man ihn wieder aufnimmt, wenn neue Erfahrungen doch Zusammenhänge zwischen beiden Erscheinungen zeigen oder wahrscheinlich machen. — Von etwas anderer Seite könnte das Beispiel eines Assoziationsreflexes die Sache beleuchten.

Abgesehen von der Affektstärke erhöht Gewöhnung die Festigkeit der Schaltung. Sehr stark geübte Gelegenheitsapparate verlangen zur Abstellung stärkere Einflüsse und oft längeres Umlernen: man hat sich gewöhnt, im Schreiben eine bestimmte Form des t zu machen und nimmt sich nun aus Gründen der Ästhetik oder der Deutlichkeit vor, eine andere Form zu benutzen. Da das Schreiben eine automatisch gewordene Funktion ist, ist der bewußte Willensentschluß direkt nicht imstande, die neue Form restlos einzuführen. Es wird ein neuer Apparat neben den alten gesetzt, der in Konkurenz mit dem ersten tritt und mit Unterstützung des bewußten Willens schließlich den andern überwinden k a n n. Aber auch nach vielen Jahren sind Rückfälle in die alte Form nicht ausgeschlossen. Werden zwei in gewisser Beziehung widerstrebende Apparate ungefähr gleichmäßig geübt, so stören sie einander wenig, wie z. B. die Einstellung auf zwei verschiedene Schreibmaschinen.

Die Abstellung des Apparates geschieht also in der Regel dadurch, daß er darauf eingerichtet ist, nach Erledigung der Aufgabe sich selbst auszuschalten. Er kann auch durch einen neuen Entschluß, einen Gegenbefehl, demontiert werden: geht das nicht, weil die Triebe in der Richtung des Apparates vorhanden sind, so kann er vom Ich isoliert verdrängt werden. Unter normalen Verhältnissen wird er auch dadurch unwirksam. Ist aber der Trieb zu stark, oder handelt es sich um eine zu Neurosen geneigte oder schizophrene Persönlichkeit, so kommt der verdrängte



Apparat doch zur Wirkung und macht Symptome. Da der nicht abgestellte Apparat durch die Verdrängung an der normalen Reaktion gehindert ist, geht seine Funktion wie ein äußerlich gehinderter Reflex leicht in andere Bahnen; der Apparat reagiert nicht wie er sollte, sondern nur ähnlich. Ist die Ähnlichkeit eine große, so kann sie zu einer gewissen Befriedigung und sogar zur automatischen Abstellung führen, so beim Dichter, der seine Komplexe abreagiert, bei Bismarck, der das Service zerschlägt, dem Offizier, der seinen Unmut über den Gamaschendienst in der Schimpferei gegen einen Soldaten entladet, bei einem kleinen Mädchen, das seinen Stolz darein setzt, Körbchen zu machen, aber an die für sein Können viel zu schwere Aufgabe gar nicht herangeht, dafür aber beständig davon plaudert, es mache Körbchen und wie schön sie seien.

Wenn man eine unangenehme Sache zu erledigen hat, so ist man oft innerlich beruhigt, wenn man nur den dazu nötigen Brief geschrieben hat, auch wenn dadurch noch keine ernstliche Hoffnung auf Erfolg gegeben ist. Bis zu einem gewissen Grad wird es darauf ankommen, ob das Bewußtsein die Bedeutung einer Reaktion kennt. Ist die Reaktion nur deswegen möglich geworden, weil sie in Form eines Symbols geschah, dessen Bedeutung dem bewußten Ich verborgen ist, so kann meist nichts erledigt werden, so wenn eine Frau ihre Liebe zu einem Herrn durch unerträgliche Kälte in den Knien ausdrückt (weil sie beim Zusammensein mit ihm kalte Knie hatte). Oft sind solche „symbolische“ Reaktionen deshalb ohne erlösenden Effekt, weil die Abstellung nicht durch die Reaktion als solche, sondern durch ihren Erfolg geschieht: wie der abgeschnittene Raupenkopf weiter frißt, solange er lebt, weil der Automatismus nicht mehr durch die Anfüllung des Magens abgestellt werden kann, oder Essen im Traum den Hunger nicht stillt, so kann ein zwangmäßiges Händewaschen das ins Unbewußte verdrängte Gefühl moralischer Unreinheit nicht beseitigen und muß deshalb immer wiederholt werden. Auch dichterisches Abreagieren gibt oft nur für einige Zeit Befriedigung und kann wieder Anlaß zu neuen Produktionen geben; Goethe hat seine Schuld gegenüber Friederike in Clavigo, im Gretchen (erste Fas-



sung), in Dichtung und Wahrheit, seine Liebe zu Lilly in Hermann und Dorothea und kleinen Dichtungen abreagiert; der als Jüngling vergewaltigte Schiller gab seinen Macht- und Freiheitskomplexen in allen seinen Dramen Ausdruck, ohne sie zu erledigen.

Eine besondere Art des Abreagierens andauernder Triebe ist die Sublimierung, die auch bloß dann eine gewisse Befriedigung und Erleichterung geben kann, wenn sie nicht zu stark vom ursprünglichen Trieb abweicht, wenn man z. B. fremde Kinder pflegt statt eigene zu bekommen.

Der Normale erledigt einen Teil seiner Komplexe im Schlaf (mit oder ohne erinnerbaren Traum), ähnlich wie man nach einem Schlafe nicht so selten ein vorher unlösbar scheinendes Problem gelöst vorfindet. Wie das zugeht, wissen wir noch nicht. Auch im Wachen können solche Gelegenheitsschaltungen auf irgendwelchen Umwegen unwirksam gemacht werden. *Pfister* [1]) sagt richtig, wenn auch wohl etwas zu allgemein: „Man kommt von vergangenen Erlebnisssn nicht los, ohne sie umgearbeitet zu haben." Auch aus Versehen wird mancher Apparat demontiert, der weiter fungieren sollte. Wenn man sich z. B. rühmt, man vergesse nun eine bestimmte und oft zu wiederholende Handlung nicht mehr, so wird sie leicht wieder vergessen; die Befriedigung, das Gefühl, es sei nichts mehr zu tun, kann den Apparat auch hier abstellen, wo es nicht paßt.

Interessant ist es, daß etwas Ähnliches wie die Abstellung einer Funktion auch bei relativ peripheren Vorgängen vorzukommen scheint: die optischen Nachbilder werden durch die darauf gerichtete Aufmerksamkeit bis zum Verschwinden gestört, und der Vorgang ihrer Bildung oft vollständig unterdrückt.

In gewisser Beziehung eine Sonderstellung nehmen die Apparate ein, die nicht ein Handeln im gewöhnlichen Sinne bezwecken, sondern nur eine affektive Reaktion ausführen. Äußerungen von Lust und Schmerz sind nun Notwendigkeiten für alle in Gemeinschaft lebenden Geschöpfe. Sie sind also psychologisch „Handlungen" ebensogut wie das, was wir gewöhnlich so nennen, nur ist ihr Erfolg ein indirekterer, ferner liegender.

Noch ferner liegend sind die Ziele der inneren Reaktionen: Schmerz auf Verlust eines Lieben, Gewissensbisse und ähnliches. Auch da wird eine Einstellung geschaffen, die nicht (nur) eine Äußerung, sondern den Schmerz selbst unterhält, und auch da

[1]) *Pfister*, Was bietet die Psychanalyse dem Erzieher? Verl. Klinkhardt, Leipzig 1917. S. 86.



kann die Einstellung, die sich prinzipiell in keiner Weise von den Gelegenheitsapparaten unterscheidet, durch eine Gegeneinstellung zum Abschluß gebracht und beseitigt werden. Eine in allen Beziehungen hochstehende und ungewöhnlich leistungfähige Frau wird durch den Verlust eines Kindes unfähig zur Anteilnahme an ihrem reichen Familienleben und ihrem Berufe. Alles, was man an Trost und Rücksicht aufbringen kann, bleibt wirkunglos, bis der Mann ihr endlich energisch vorhält, daß es ein Unrecht sei, wegen eines toten Kindes die Lebenden zu kurz kommen zu lassen. Da rafft sie sich auf und ist wieder wie vorher.

Unter gewöhnlichen normalen Umständen wird allerdings ein solcher nach innen wirkender Apparat ohne kritisches Ereignis wirkunglos gemacht. Viele Interessen des Alltags stellen sich dem Komplex entgegen und bringen ihn allmählich „in Vergessenheit", sie stellen ihn ab. Kleine Kinder sind untröstlich, weil ihnen ein Vöglein gestorben. Nun arrangiert die Mutter ein Begräbnis, man macht ein kleines Grab, schmückt es mit Blumen und einem Stein; damit hat der Verlust psychologisch seine Erledigung gefunden, und zugleich ist er ersetzt durch etwas Positives, die Idee, für das Vögelchen noch etwas getan zu haben. Ein junger Mann bekommt, während er in einer fremden Stadt weilt, die Verlobungsanzeige derjenigen, die er zu heiraten gedachte. Nach einem kurzen Affektsturm macht er sich an die Arbeit, die ihm eine gewisse Befriedigung bietet und im Bewußtsein den Verlust überdeckt. Der Kriegsgefahren wegen veranlassen ihn die Eltern gegen seinen Willen heimzukehren. Das reißt ihn aus der erträglichen Stellung heraus; er arbeitet zwar auch daheim weiter, wird aber, ohne sich den Grund klarzumachen, immer deprimierter bis zu ernstlichem Suizidtrieb. Da verloben ein Kollege und eine Kollegin sich, mit denen er in engem Kontakt lebt. Das bringt ihm seinen ganzen Verlust wieder klar zum Bewußtsein, er verdrängt nicht mehr, findet sich in starker Affektregung innert weniger Tage damit ab, wird geradezu fröhlich und ist ein halbes Jahr später selbst verlobt.

Gewissensbisse kann man manchmal durch Buße oder kompensierende gute Taten an dem Geschädigten oder Andern in direkter Weise abstellen, eine Aussprache, eine Beichte mit



oder ohne ausdrückliche Absolution kann aber den nämlichen Erfolg haben, das Ungeschickte, das man getan, wird verziehen, ad acta gelegt: der nagende Apparat wird auseinandergeschaltet. Im nämlichen, Abschluß schaffenden Mechanismus liegt auch die gewöhnliche Wirkung des Trostes nach deprimierenden Erlebnissen.

Prinzipiell gleiche Apparate entstehen statt durch bewußten Entschluß oder unbewußte Strebung durch einfache Befestigung der Assoziationen durch Gewöhnung oder dadurch, daß ein einmaliges affektvolles Erlebnis eine bestimmte Assoziationskombination setzt und ihr eine Dauer gibt, die ihr sonst nicht gebührt. Ob man auch diese Mechanismen Gelegenheitsapparate nennen wolle oder nicht, ist willkürlich; vielleicht ist es besser, den Begriff nicht so weit auszudehnen. Sie demonstrieren, daß die Bildung solcher Zusammenschaltungen eine allgemeine Funktion der Psyche ist; diejenigen, die durch einen Affekt entstehen, gewinnen aber eine größere Bedeutung dadurch, daß sie häufig zu krankhaften Syndromen führen.

Affektive Erlebnisse schaffen auch insofern analoge Zusammenschaltungen, als sie die Denktätigkeit modifizieren. Wenn man sich über einen Menschen geärgert hat, stellt man die Assoziationen so, daß man möglichst viel Schlechtes an ihm findet. Bei nicht intensiv hassenden Personen kann es dann häufig vorkommen, daß sie beim Zusammentreffen mit einem solchen Menschen überrascht sind, daß dieser sich so anständig benimmt, während sie das Gegenteil erwartet haben. Sie sind dann innerlich gezwungen, ihn besonders nett zu behandeln, weil sie diesen Kontrast fühlen.

Von allgemeinen Stimmungen werden solche Apparate nicht geschaffen. Tendenzen, die in allgemeiner Fröhlichkeit oder Depression entstehen, verschwinden mit der Verstimmung. Es sind nur katathyme, an bestimmte Ideen geknüpfte Strebungen, die dauernde Zusammenschaltungen bedingen. Ein Mann mit einer bestimmten Kappe hat eine Dame schwer beleidigt. Sieht sie wieder einen Menschen mit einer solchen Kappe, so erregt das einen Wutaffekt. Der Mechanismus ist in diesem Falle



durchsichtig; man könnte sich auch so ausdrücken: der neue Mensch mit der Kappe erinnert an den ersten; die Erinnerung ist mit dem Wutaffekt verbunden. Eine Speise, die jemandem aus irgendeinem Grunde einmal Ekelgefühle verursacht hat, tut es nun zeitlebens. Ein anderer wird dauernd zum Fetischisten, weil eine seiner ersten sexuellen Regungen an den Anblick eines Frauenschuhs geknüpft war. Ein weniger klarer aber häufiger Typus von Krankheitsentstehung ist folgender: einem fünfjährigen Knaben, der Stuhldrang hat, spritzt vormittags ½11 Uhr heißes Fett auf die Brust; Schmerz und Schrecken führt zur Defäkation. Seitdem kann er den Stuhl nicht halten und läßt ihn namentlich um ½11 Uhr herum in die Hosen gehen (*Frank*). Oft äußert sich der Apparat in einer hemmenden Funktion, was psychologisch keinen Unterschied macht von den bisherigen Mechanismen: Irgendeine zufällig gehemmte Leistung, ein mißglückter Koitus führt dauernd zu Erschwerung oder Unmöglichkeit derselben. Oder sie wird an falsche Bedingungen geknüpft: ein kleines Kind bekommt bei einer fieberhaften Krankheit ohne Verstopfung ein oder zwei Klystiere. Es braucht nun lange Zeit, um die frühere regelmäßige spontane Defäkation wieder zu lernen. Ein Schüler onaniert in der Stunde zum ersten Mal; während der Lehrer, der das bemerkt, ihn am Ohr emporzieht, kommt es zum Orgasmus. Er ist nun bleibend nur dann potent, wenn die Konsors ihn am Ohr zieht oder faßt (*Aschaffenburg*). Solche Apparate können unter Umständen auseinandergeschaltet werden, wenn man sie kennt, so bei Fetischisten oder bei dem inkontinenten Jungen, der 6 Jahre später durch Psychanalyse geheilt wurde. Andere Apparate sind unzugänglich, schwächen sich höchstens mit der Zeit „von selbst" ab. Dazu gehören hauptsächlich diejenigen, die Symptome machen, ohne verdrängt zu werden — wenn es sie beherrschen könnte, hätte es das bewußte Ich schon getan —, so die Wut über den Mann mit der Kappe, die Impotenz nach einmaligem Versagen, die Abneigung gegen Speisen, an denen man den Ekel gegessen. Beim Mann mit der Kappe hält wohl eine erotische Bindung die Assoziation fest; was bei den andern die Lösung der Assoziation hindert, wissen wir nicht.



Die dargestellten Mechanismen sind unzweifelhaft vorhanden. Man könnte sich höchstens fragen, ob ihre Bedeutung größer oder geringer sei, als diese Arbeit annimmt. Ihre Heraushebung bringt auch gar nichts prinzipiell Neues in unsere psychologischen Vorstellungen. Dennoch ist noch nicht alles ganz klar. Vor allem die Lösung durch den intendierten nur ähnliche, beziehungweise symbolische Handlungen. Wir können es auch einigermaßen nachfühlen, wenn auch weniger mit dem Verstande erfassen, wenn Bismarck dem verhaltenen Ärger durch Zerschlagen von Gläsern Luft macht. Wir begreifen noch, wenn ein junger Mann, der in einem gewissen äußern Zwang lebte, sich dadurch erleichtert, daß er seinen Hemdkragen in den Rhein wirft, über den er mit Kameraden fährt, um einen mehrtägigen Ausflug in den Schwarzwald zu machen. Etwas schwieriger ist folgendes Beispiel: Ein von Jugend auf abstinenter tüchtiger junger Kaufmann hat ein verfahrenes Geschäft wieder in den richtigen Gang zu bringen, erntet aber nur Undank und Ablehnung bei der Umgebung, die ihn isoliert. Er kann sich aus Rücksicht auf die Auftraggeber nicht entschließen zu kündigen. Nun macht er Ferien, die er im Tessin verbringt. Auf der Heimreise knüpft er mit einem Mädchen an, das ihm gesagt, daß es verlobt sei. In Bellinzona überspringen die beiden einen Zug, sehen sich die Schlösser an, trinken in einem Grotto eine Flasche Nostrano und fahren vergnügt heim, wo der Jüngling sofort dem Geschäft kündigt und so munter ist, daß die Familie meint, er sei beduselt. Er nimmt eine andere Stelle an und lebt wieder abstinent und in allen Beziehungen wie früher. Warum mußte in diesem Falle der Lösung der unangenehmen geschäftlichen Situation diese vorübergehende Absage an solide Gewohnheiten vorausgehen? Wahrscheinlich wird es so fadengeraden Leuten leichter, eine allgemein neue Einstellung zu gewinnen, als nur in einer Einzelheit aus dem Gleise zu gehen. Umgekehrt entgleisen solche Leute leicht ganz, wenn sie aus irgendeinem Grunde in einer Einzelheit von dem gewohnten korrekten Wege abgewichen sind.

Am ehesten muß man an ein wirkliches Abreagieren eines Affektquantums denken bei den Reaktionen, wo es sich ganz allgemein darum handelt, aus einer ganz unerträglichen Situation

herauszukommen. Hauptsächlich bei jungen Leuten, die die Welt noch zu wenig kennen, um Schwierigkeiten mit bewußter Überlegung zu erfassen und zu umgehen, bei zu jungen Dienstboten kommt es zu einer plötzlichen Gewalttat, Selbstmord, Feuer anlegen, Mord des anvertrauten Kindes, planlosem Davonlaufen. Am bekanntesten ist in diesem Zusammenhang die Brandstiftung. Man nimmt dann gewöhnlich an, daß das „Heimweh“ die Leute veranlaßte, etwas zu begehen, was sie wieder nach Hause bringe. Auch der Selbstmord scheint logisch begründet. Wenn man aber genauer zusieht, so fehlen meist überhaupt klare Motive, und in hundert nicht verbrecherischen Fällen ersetzen häufige Affektausbrüche die Handlung. Auch ist aufgefallen, daß solche jugendliche Brandstifter, ebenso wie nicht zum Ziel gelangte Selbstmörder, nach der Tat kein „Heimweh“ mehr haben, obschon sie gewöhnlich nicht nach Hause kommen. Es handelt sich also dabei doch um eine innere Erledigung, die explosiv und ohne eigentliche Überlegung von einer Naturgewalt erzwungen wird. Diese Erledigung könnte wirklich in Ausgabe einer angesammelten affektiven Energie bestehen. Da wir aber sonst diesen Mechanismus nicht konstatieren können und wenigstens für gewöhnlich die „psychische Energie“, von der wir äußerst wenig wissen, auf anderem Wege verschwindet, müssen wir auch hier in erster Linie an etwas wie einen Gelegenheitsapparat denken. Und das können wir leicht. Wenn plötzliche Gefahren auf jemanden eindringen, der die Situation nicht verstehen kann, ist die normale Reaktion blindes Wüten oder Davonlaufen. Wenn eine Situation nicht gefahrdrohend aber irgendwie subjektiv unaushaltbar ist, ohne daß man sich die Gründe und die Abhilfe klarmachen kann, so entsteht immer das Bedürfnis, daß „etwas“ geschehe. Es gibt körperliche Schmerzen, die in jeder Situation gleich stark sind, nichtsdestoweniger zwingen sie uns, beständig die Stellung zu ändern. Bei einem schweren Typhus, den ich selbst durchmachte, hatte ich längere Zeit die höchst peinliche Empfindung der unaushaltbaren Situation. Einmal verlangte ich mitten in der Nacht eine Eisblase, während ich sonst die Pflegerin nie im Schlafe gestört hatte, und einmal ließ ich mir einen Arzt zur Konsultation kommen, während ich mich sonst selbst behandelte. Wie ich zum voraus genau wußte, hatte beides di-



rekt nichts genützt, das aktive Eingreifen des Arztes hatte sogar medizinisch genommen unerwünschte Folgen, — daß „etwas" gegangen war, machte doch die Situation für einige Zeit erträglicher. Einmal entlud ich mich in einer kleinen Schimpferei gegen halb Unschuldige, die mich nachher reute und ärgerte — und doch entlastet hatte. Gegenüber annerkannt unheilbaren Krankheiten wird von Arzt und Laien immer noch „etwas gemacht" aus den gleichen Gründen.

Es wird also unzweifelhaft durch solche Situationen die Tendenz zu irgendeiner Handlung geschaffen, die durch die ausgeführten Handlungen selbst erledigt werden kann. Warum das eine Mal Brandstiftung, das andere Mal eine andere Handlung gewählt wird, soll hier nicht untersucht werden. Das wichtige ist für uns, daß eine Tendenz sich durch eine Aktion erledigt.

Bemerkenswert ist, daß diese Tendenz auch ohne Selbstmordneigung sich gegen sich selbst wenden kann in sich-zerkratzen, die Haare ausraufen und, was wohl auch dazu gehört, in Kleider zerreißen.

In dem Raptus der Melancholischen hat man ein ähnliches „Abreagieren" sehen wollen. Ich habe keinen mehr gesehen, seit ich die Schizophrenie genauer kenne, und bei dieser Krankheit sind die Verhältnisse so kompliziert, daß ich nicht sagen könnte, wieviel die plötzlichen Gewalttaten dieser Kranken mit solchen Mechanismen zu tun haben.

In all dem braucht also die Dynamik, das Quantum der Energie, die sich ansammeln oder stauen soll, keine Rolle zu spielen. Um vollständig zu sein, müssen wir aber doch erwähnen, daß oft Reiz und Entladung wie bei Reflexen in einem gewissen dynamischen Verhältnis zueinander stehen. Wie bei einem kleinen Schmerz nicht eine Tendenz besteht, laut herauszuschreien, so werden auch unwichtige Dinge meist ohne großen Energieaufwand erledigt. Was wir oben die „Spannung" des Apparates genannt haben, seine Anlage mit einer bestimmten Kraft zu arbeiten, ist abhängig von der (subjektiven) Wichtigkeit des Anlasses. Bei Hysterischen kann vieles nicht erledigt werden, wenn es nicht zu einer auffallenden Szene verarbeitet wird. Eine intelligente Paranoische fühlt sich zu sehr mißhandelt, möchte Schluß machen,



aber dabei auch den Verfolgern demonstrieren, was sie angestellt haben. Sie übergießt sich mit Petroleum und zündet sich an. Wegen dieser unsinnigen Handlung haben wir bei ihr lange eine latente Schizophrenie vermutet. Die 20jährige Beobachtung hat aber keine andern Anhaltspunkte dafür ergeben. Die obige Erklärung muß genügen.

Wenn also Dynamisches hier in Betracht kommt, so liegt es, soweit wir es kennen, nicht in einem Quantum Energie, das abgeführt, verbraucht wird, sondern darin, daß der Apparat eingerichtet wird, mit einer (ungefähr) bestimmten Energie (Spannung) zu arbeiten.

Zusammenfassung. Die Auffassung des Abreagierens als Entladung oder Abfuhr einer aufgestauten Energie ist zwar sehr populär, aber für die meisten Verhältnisse unrichtig: das ZNS hat in sich viel zu viel Möglichkeiten der Erzeugung und Umwandlung von Energie, als daß ein solcher Vorgang nötig wäre; verdrängte Komplexe entladen sich oft während Jahrzehnten in psychischen Reaktionen oder krankhaften Symptomen, ohne sich zu erschöpfen, und was man in der Behandlung mit Abreagieren erreicht, kann auch auf anderen Wegen (wenn auch nicht immer so leicht) gewonnen werden. Andererseits gehen Tausende von Affektstürmen vorüber ohne Abreagieren und ohne für die Zukunft Spuren zu hinterlassen; ja das Sich-gehen-lassen hat oft die Wirkung, den Affekt zu steigern.

Der wirkliche Mechanismus ist folgender: bei Gelegenheit des Bedürfnisses irgendeiner Handlung wird ein Apparat zusammengestellt, der im Prinzip das gleiche ist wie die phylogenetisch zusammengestellten Reflexapparate — man denke an die „Einstellung" bei einem einfachen psychologischen Reaktionsversuch.

Dieser Gelegenheitsapparat muß, wenn er nicht immer wieder funktionieren soll, abgestellt werden. Das geschieht verschieden. Meist demontiert er sich selber dadurch, daß die Handlung ausgeführt ist, oder er wird durch einen Gegenbefehl abgestellt, wenn die Handlung nicht mehr nötig ist, oder er wird durch andere, widerstrebende Funktionen in seiner Aktion gehemmt. Viele Gelegenheitsapparate, die zwar einem wichtigen Triebe dienen, aber kräftigen Tendenzen des bewußten Ich widerstreben, werden bloß verdrängt. Miß-

glückt die Verdrängung, kommt sie nicht einer Abstellung gleich, so schafft der Apparat vom Unbewußten aus allerlei neurotische oder psychotische Symptome. Da dieser verdrängt, das heißt eben vom Bewußtsein abgespalten ist, so kann er direkt von diesem aus nicht mehr abgestellt werden und funktioniert bei jedem Anlaß weiter wie des Zauberlehrlings Besen (mangelnde Abfuhr verdrängter Komplexe bei *Freud*.)

Für die Pathologie ist die relative Stärke eines Gelegenheitsapparates gegenüber anderen Strebungen besonders wichtig. Seine absolute Energie ist abhängig von der Energie des Individuums und von der Energie des Triebes, dem er dient. Ein Apparat wird auf einen (ungefähr) bestimmten Energieverbrauch, auf die Arbeit mit einer bestimmten „Spannung" (bildlich gemeint), eingestellt, und arbeitet damit, so lange er nicht aus irgendeinem Grunde umgearbeitet wird (z. B. größere Empfindlichkeit und Energie bekommt durch neue Ereignisse, die dem erzeugenden ähnlich sind: häufige „Nadelstiche"), ganz unabhängig davon, wieviel Energie ausgegeben wird oder schon verwendet ist. Diese wird dem Energievorrat des ZNS entnommen und ist also praktisch unerschöpflich.

Mit der Stärke der Spannung steht in geradem Verhältnis die Widerstandsfähigkeit gegen abstellende Einflüsse. Die Abstellung ist bei der vitalen Unzerstörbarkeit unserer Engramme (solange das Gehirn lebt), nicht gleichzusetzen einer definitiven Demontierung des Apparates. Wer einmal sich gewöhnt hat, bei irgendeiner Lebensschwierigkeit zum Alkohol zu greifen, wird trotz allen schlimmen Erfahrungen und entgegenstehenden Vorsätzen immer wieder die Tendenz haben, diesen Tröster aufzusuchen.

Bei starken Hemmungen und bei Verdrängungen reagiert der Apparat nicht ganz in der Richtung seiner Bestimmung, sondern nur ähnlich — in Symbolen, die wir krankhafte Symptome nennen. Eine günstigere Lösung ist die bewußte oder unbewußte Ablenkung in ähnliche, aber nützliche Bahnen (*Freuds* Sublimierung): das verschmähte Mädchen lebt seinen Kinderkomplex in der Krankenpflege aus.



Irrenrechtliche Fragen[1]).

Von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Ernst Schultze**-Göttingen.

Verschiedene Begebenheiten der letzten Zeit geben nicht nur das Recht, sondern zwingen geradezu dazu, die Frage aufzuwerfen, ob die Schaffung eines Irrengesetzes, wo ein solches noch nicht besteht, angebracht ist, also eines Gesetzes, das bestimmt, unter welchen Voraussetzungen eine Person einer Irrenanstalt auch gegen ihren Willen übergeben, in ihr zurückgehalten werden darf und aus ihr entlassen werden muß.

Das gilt nicht von der Nachricht, die vor kurzem verschiedene größere Tageszeitungen brachten, nach der die Preußische Landesversammlung in ihrer Sitzung vom 25. Februar 1920 sich mit der Regelung des Irrenwesens beschäftigt habe. Daß diese Frage gemeinsam mit der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Parlament verhandelt wurde, schien auf ein erfreuliches Verständnis weiter Kreise für die ursächliche Bedeutung der Syphilis in psychiatrischer Beziehung hinzuweisen. Wie sich aber aus dem amtlichen Sitzungsbericht ergibt, hat sich die preußische Landesversammlung mit der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und der Regelung des Dirnenwesens, aber nicht des Irrenwesens befaßt. Ein Beispiel für die Sachkunde der Berichterstatter unserer Presse!

Aber einmal hatte, wie *Wattenberg* am 27. Juli 1918 auf der Jahresversammlung des Vereins norddeutscher Psychiater und Neurologen in Rostock mitteilte, nach einem Ersuchen des Reichskanzlers vom 4. Juni 1918 (Reichsamt des Innern II 3170) ein großer Teil der Bundesregierungen, darunter auch die größten (Bayern, Sachsen, Württemberg, Baden und Hessen), schon vor geraumer Zeit eine für das ganze Reich gleichmäßig zu treffende Feststellung der Voraussetzungen gewünscht, unter denen ein Geisteskranker in eine Anstalt

[1]) Erweiterte Wiedergabe eines Vortrages, der auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie am 27. Mai 1920 in Hamburg gehalten wurde.



gebracht, darin behalten werden darf und aus ihr entlassen werden muß. Da nun neuerdings auch seitens des Königlich Preußischen Ministeriums des Innern und der Justiz eine reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens in diesem Umfange für empfehlenswert erachtet wurde, sind, wie aus dem genannten Erlaß des Reichskanzlers weiter hervorgeht, die Vorbereitungen zu einem Entwurf eines Reichsirrengesetzes in die Wege geleitet.

Wattenberg, der den vom Reichskanzler gewählten Zeitpunkt — 1918 — für sehr unglücklich hielt, hatte ernste Bedenken gegen die Schaffung eines Reichsirrengesetzes und wies vor allem hin auf die erheblichen grundsätzlichen Verschiedenheiten der Bestimmungen über die Aufnahme und Entlassung der Geisteskranken, über die Anzeigepflicht und die Beaufsichtigung der Irrenanstalten. Diese Verschiedenheiten sind nach seiner Ansicht so groß, daß eine einheitliche Regelung für das Deutsche Reich ausgeschlossen erscheint. Insbesondere befürchtet er, daß so liberale Aufnahme- und Entlassungsbestimmungen, wie sie für Hamburg und Lübeck gelten, in ein Reichsirrengesetz nicht aufgenommen würden.

Wattenberg ist überzeugt, daß eine reichsgesetzliche Regelung keinen Nutzen, sondern nur Schaden stiften wird, und daß den größten Schaden die Geisteskranken zu tragen haben werden. Dementsprechend schloß er seinen Vortrag mit dem Antrage, daß der Verein norddeutscher Psychiater und Neurologen „sich mit Entschiedenheit gegen das geplante Gesetz ausspricht und bei dem Vorstande des Deutschen Vereins für Psychiatrie anregt, Verwahrung gegen eine reichsgesetzliche Regelung der in dem Ersuchen des Reichskanzlers vom 4. Juni 1918 benannten Fragen im Sinne einer Uniformierung und in jetziger Zeit einzulegen“.

Wie weit die Vorbereitungen der beteiligten Behörden, auf die der Reichskanzler in seinem Erlaß Bezug nimmt, inzwischen gediehen sind, entzieht sich meiner Kenntnis.

Von symptomatischer Bedeutung scheint mir ein Erlaß des preußischen Ministers für Volkswohlfahrt vom 27. Januar 1920 (Ministerialblatt für Medizinalangelegenheiten, 1920, S. 61) zu sein, nach dem die amtsärztliche Besichtigung der Provinzialkrankenanstalten durch den zuständigen Regierungs- und Medizinalrat angeordnet wird. Zu der Besichtigung der Provinzialirrenanstalten, die namentlich und ausdrücklich hervorgehoben werden, soll neben dem Regierungs- und Medizinalrat als



„besonderer Sachverständiger“ „ein angesehener Irrenarzt“, der nicht im Dienste der betreffenden Provinzialverwaltung steht und bis auf weiteres „am besten im Einvernehmen mit dem zuständigen Regierungspräsidenten und nach Anhörung der Ärztekammer“ ausgewählt wird, hinzugezogen werden.

Der Landeshauptmann der Rheinprovinz erhob namens der preußischen Provinzialverbände gegen diese Anordnung, die ein seit 23 Jahren bestehendes Verfahren aufhebe, den nachdrücklichsten Einspruch, zumal sie im großen und ganzen nur mit „grundsätzlichen Bedenken“ gerechtfertigt wird. Er erblickt in der neuen Verfügung ein durch nichts gerechtfertigtes Mißtrauenszeugnis gegen die Provinzialverwaltungen, vermißt die Mitteilung von bestimmten Tatsachen, die eine Änderung der bisherigen Bestimmungen geboten erscheinen lassen, und hebt hervor, daß die neue Maßnahme eine völlige Verwirrung des bisherigen Instanzenzuges bedeuten würde [1]).

[1]) Inzwischen ist die Antwort des preußischen Wohlfahrtsministers vom 26. Mai 1920 bekannt geworden. Er weist darauf hin, daß sein Erlaß keine Neuerung bedeute, sondern einen früheren, auf einen Allerhöchsten Erlaß vom 12. Mai 1897 zurückzuführenden Erlaß vom 15. November 1897, der praktisch freilich kaum zur Anwendung gekommen sei, wieder in Erinnerung bringe. In der Tat hat jener Erlaß den Oberpräsidenten die gesundheitspolizeiliche Aufsicht über die Provinzialanstalten unter Mitwirkung der Regierungs- und Medizinalräte übertragen; es bleibt dem Ermessen des Oberpräsidenten überlassen, „einen andern geeigneten, insbesondere psychiatrischen Sachverständigen zuzuziehen“.

Der Landeshauptmann der Rheinprovinz konnte sich aber darauf berufen, daß der Vertreter des Ministers in der Hauptversammlung des Deutschen und Preußischen Medizinalbeamtenvereins am 25. X. 1919 nach dem amtlichen Sitzungsbericht, als das Fehlen einer Besichtigung der Provinzial-Krankenanstalten gerügt wurde, einen entsprechenden Erlaß für die nächste Zeit in Aussicht stellte und hinzufügte, „daß es (die Besichtigung der Provinzialanstalten) bisher nicht geschah, hatte seinen Grund in einer Kabinettsordre von 1897, die zurzeit nicht mehr gilt“ (Ztschr. f. M.-B. XXXII, 1919, S. 530).

Man kann darüber im Zweifel sein, ob die Überwachung der Anstalten hinsichtlich der Berechtigung der Anstaltsverwahrung noch als eine gesundheitspolizeiliche Aufgabe zu betrachten ist, auch darüber, ob ein Privatirrenarzt als psychiatrischer Sachverständiger zu empfehlen ist. Aber darüber besteht kein Zweifel, daß die Ärztekammer als reine Standesorganisation nicht berufen und geeignet ist, dem Regierungspräsidenten für die Besichtigung geeignete psychiatrische Sachverständige vorzuschlagen. Mit vollem Recht hat daher auch unlängst die Ärztekammer der Provinz Hannover es abgelehnt, die Anfrage einer Behörde nach dem

Abgesehen von diesen getroffenen oder geplanten Maßnahmen oberster Verwaltungsbehörden ist auch eine Auffassung, die Gerichte jüngst in irrenrechtlichen Fragen bekundet haben, für mich der Anlaß, gerade jetzt die Frage eines Irrengesetzes zur Erörterung zu stellen.

Denn vor kurzem haben ein Berliner Landgericht und das Kammergericht, wie *Henneberg* in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde mitteilte, zu einer entscheidenden Frage eine Stellung eingenommen, die uns Psychiater nicht nur in unserem eigenen Interesse, sondern vor allem auch im Hinblick auf das Wohl der Kranken zu lebhaftem Widerspruch herausfordert. Nach dieser Entscheidung begeht der Arzt, der eine geisteskranke, aber nicht entmündigte und nicht gemeingefährliche, wenn auch „zweckwidrig handelnde" Person in eine Privatirrenanstalt unter Befolgung aller in der Preußischen Ministerialanweisung vom 26. III. 1901 enthaltenen Vorschriften einweist; objektiv eine widerrechtliche Freiheitsberaubung, nicht aber subjektiv, da er in dem bestimmten Einzelfall die Unterbringung des Kranken für geboten halten konnte und sich im guten Glauben auf die eben erwähnte Anweisung stützen durfte. Diese Anweisung ist, so führt das Gericht weiter aus, kein Gesetz und kann auch kein Gesetz ersetzen, gibt vielmehr nur die formellen Voraussetzungen für eine Anstaltsaufnahme an. Aber nur durch Gesetze können die Fälle bestimmt werden, in denen eine Beschränkung der persönlichen Freiheit zulässig ist.

Dies ist das Wichtigste aus der Entscheidung, die noch zahlreiche bemerkenswerte und anfechtbare Auslassungen, z. B. über die Stellung des Kreisarztes und die Bewertung seiner Sachkunde gegenüber der eines bewährten Facharztes enthält. Ganz unverständlich ist folgender Satz aus der wörtlich abgedruckten Entscheidung des Landgerichts: „Diese Bestimmung — gemeint ist § 211 Abs. 2 des Preußischen Strafgesetzbuches vom 14. IV. 1851 — ist jedoch nicht mehr in Geltung, die einzige bestehende Gesetzesvorschrift ist § 1901 B. G.-B., wonach der Geistes-

Zusammenhang zwischen Kriegsdienstbeschädigung und Dementia praecox zu beantworten. Übrigens ist jetzt der Oberpräsident angewiesen, vor Entscheidung über die Wahl der psychiatrischen Sachverständigen auch die Provinzialorganisationen des Reichsverbandes beamteter Irrenärzte anzuhören.

Was für die vorliegende Frage das Wichtigste ist, ist, daß der preußische Minister für Volkswohlfahrt sich weitere Mitteilungen zu dieser Frage vorbehält, „für eine seit längerer Zeit in Aussicht genommene Besprechung mit hervorragenden Irrenärzten und Vertretern der Provinzialverwaltungen über verschiedene wichtige Vorschläge betreffend die Reform des Irrenwesens usw.".

Jedenfalls trifft damit meine Auffassung von der symptomatischen Bedeutung des Erlasses vom 27. I. 1920 durchaus zu.





kranke, der in eine Irrenanstalt gegen seinen Willen gebracht werden soll, unter vorläufige Vormundschaft gestellt und ihm ein Vormund gegeben wird." Davon steht aber im § 1906 — nur dieser, nicht § 1901 kann gemeint sein — auch nicht ein einziges Wort. So sehr es mich auch lockt, will ich nicht auf eine rechtliche Kritik der Entscheidungen eingehen, zumal Justizrat *Werthauer*, der Anwalt des beklagten Arztes, sie geübt hat. Nur darauf will ich hinweisen, daß die Gerichte mit ihrem Urteil vom rechtlichen Standpunkt aus die Gültigkeit einer Ministerialverfügung in Frage stellen; bei deren Erlaß war eins der drei beteiligten Ministerien das durch einen Fachmann vertretene Justizministerium.

Es mag dahingestellt bleiben, ob andere Gerichte ebenso entschieden hätten. Wie dem auch sei, man muß *Henneberg* recht geben, wenn er befürchtet, daß die ergangenen Erkenntnisse in späteren Prozessen gegen Ärzte als Grundlage für eine Verurteilung benutzt werden könnten. Zumal wenn sich noch nachweisen läßt, daß der angeklagte oder beklagte Arzt sich nicht mehr auf Unkenntnis der rechtlichen Verhältnisse berufen kann. Auch die Ärzte der öffentlichen Anstalten können getroffen werden, sofern die für diese gültigen Aufnahmebestimmungen nicht in der Form von Gesetzen erlassen sind wie für die Provinzialanstalten Preußens. Wer bürgt dafür, daß der Arzt straffrei ausgeht? Und wenn es auch nicht zu einer Verurteilung kommt, so bedeutet doch der Rechtsstreit für den Arzt eine Fülle von Ärger, Verdruß, Zeitvergeudung, vielleicht auch von Geldausgaben: und schließlich ist damit dem Wohle des Kranken irgendwie gedient? Doch gewiß nicht.

Diese verschiedenen Vorkommnisse sind, auch wenn ich davon absehe, daß uns in letzter Zeit sehr viele Gesetze beschert werden, wahrlich Grund genug, erneut sich mit dem Rechtsschutz der Geisteskranken zu beschäftigen.

Bei der Bearbeitung des Stoffes empfiehlt es sich, die grundsätzliche Vorfrage zu erörtern, ob die Regelung der für die Aufnahme, Überwachung und Entlassung maßgebenden Bestimmungen durch Verordnungsvorschriften und Ministerialerlasse genügt oder durch Gesetze vorzuziehen ist, vielleicht sogar geboten erscheint. Wird diese Frage bejaht — und ich bemerke schon hier, daß ich, mehr aus formaljuristischen Erwägungen als aus praktisch-psychiatrischen Gründen, ein Anhänger der gesetzlichen Regelung des Irrenschutzes, wenn auch unter bestimmten Einschränkungen, bin —, ist weiter zu besprechen, ob die gesetzliche Regelung des Irrenschutzes den einzelnen Bundesstaaten überlassen werden soll, oder ob nicht eine für das ganze Deutsche Reich gültige Regelung in der Form eines Reichsirrengesetzes den Vorzug verdient.

Darnach werde ich besprechen, welche Gesichtspunkte in einem



Irrengesetz, soweit es Vorschriften über die Aufnahme, Überwachung und Entlassung enthält, Berücksichtigung finden sollen.

A. Allgemeiner Teil. — Ich beginne mit der wichtigsten grundsätzlichen Frage: Soll der Schutz der Geisteskranken in ihrer Beziehung zur Irrenanstalt durch Gesetz erfolgen? Oder reicht eine Regelung durch Verwaltungsvorschriften aus?

Da es sich um eine Frage wesentlich rechtlicher Natur handelt, räume ich juristischen Erwägungen den Vorrang ein.

Es läßt sich nicht verkennen, daß Verordnungen vor dem Gesetz insofern einen großen Vorzug haben, als sie leichter denn dieses erlassen, verändert oder aufgehoben, somit schneller den jeweiligen Forderungen der Praxis und den Fortschritten der Wissenschaft angepaßt werden können. Aber dieser Vorzug der Beweglichkeit oder Flüssigkeit, der den Verordnungen eigen ist, birgt doch den Nachteil in sich, daß sie gar zu leicht auf Grund ungenügender Vorbereitungen oder unzureichender Durchberatung erlassen, geändert oder aufgehoben werden können. Auf der andern Seite muß aber ebenso scharf betont werden, daß die Parlamente, die bei dem Erlaß von Gesetzen das entscheidende Wort sprechen, nur wenige Mitglieder haben, die die erforderliche Sachkunde auf irrenärztlichem Gebiet haben. Die Kenntnis dieses Gebietes ist aber nötig, soll ein Gesetz entstehen, das allen berechtigten Interessen gerecht wird. Die Mehrzahl der Mitglieder der Parlamente ist in psychiatrischer Hinsicht einer sachkundigen Belehrung wenig zugänglich, urteilt vielmehr auf Grund ihres gesunden Menschenverstandes mit einer erstaunlichen Sicherheit, und bei den Entscheidungen spielen Affekte und Stimmungen, Voreingenommenheit und Parteilichkeit, vielfach auch konfessionelle und parteipolitische Erwägungen oder — was fast noch schlimmer ist — Bedenken eine große Rolle, ohne daß sich der einzelne dessen bewußt wird. Das war schon früher so, wie eine Durchsicht der Sitzungsberichte der Parlamente lehrt, und ist heute sicher nicht anders.

Wir Psychiater müssen uns immer von neuem wundern, wie groß die Unkenntnis der Laien in der Irrenheilkunde ist, welche Vorurteile auf diesem Gebiete noch in weiten Kreisen herrschen. Ich sehe davon ab, was man heute in der Hinsicht dem Publikum im Kino zu bieten wagt, wo der Irrenarzt lächerlich gemacht oder als ein abgefeimter Schurke und Bösewicht hingestellt wird. Wird eine Kinokontrolle uns den notwendigen und berechtigten Schutz geben? Vor mir liegt eine sehr gelesene



Tageszeitung mit einem Aufruf, in dem eine Krankenpflegerin, Mitglied des Landesvereins für Volkswohlfahrt, für die Errichtung eines Heimes und einer Erholungsstätte für noch pflegebedürftige Kranke wirbt. In diesem Aufruf heißt es wörtlich: „Ein Kranker der Heil- und Pflegeanstalt kann erst seinen — auch gesetzlichen — Urlaub mit späterer Entlassung erhalten, wenn sich Angehörige oder der Vormund schriftlich erklären, die volle Verantwortung für das gesamte Wohlergehen des Kranken zu geben und zu übernehmen, wie es die Staatsvorschrift verlangt. Geschieht dieses nicht, so muß der Kranke gegen seinen und des Bestimmers Willen lange Jahre, oft sein ganzes Leben, unnötig in der Anstalt zubringen und sich selbst, seinen Angehörigen und Behörden unnötige große Kosten verursachen." So viele Behauptungen dieser Satz aufstellt, fast so viele Unrichtigkeiten und Torheiten. Was soll man aber dazu sagen, daß dieser Aufruf eine große Zahl von Unterschriften gefunden hat! Nicht nur Pastoren, Schriftleiter, Kaufleute haben unterzeichnet, auch Ärzte, ein Polizeipräsident, ein Erster Staatsanwalt, ein Landgerichtspräsident. Wenn Beamte einen so unsinnigen Aufruf unterzeichnen, die schon beruflich etwas unterrichtet sein sollten — daß sie mit der Nennung ihres Namens ohne genaue Kenntnis des ganzen Wortlautes einverstanden waren, möchte ich schon im Hinblick auf den Stil annehmen, wie denn auch manche jenen berüchtigten Kreuzzeitungs-Aufruf aus dem Jahre 1892, der eine üble Hetze gegen die Irrenärzte einleitete, unterschrieben haben, ohne ihn zu kennen —, braucht man sich über nichts mehr zu wundern.

Verordnungen haben im Gegensatz zu den Gesetzen den großen grundsätzlichen Nachteil, daß sie jederzeit von den Richtern auf ihre formale und materielle Gültigkeit geprüft werden können. Sie genießen daher nicht das Ansehen von Gesetzen. Zu welchem Ergebnis das führt, haben die Mitteilungen von *Henneberg* zur Genüge gelehrt. Freilich hat vor kurzem ein Staatsrechtslehrer, *Triepel*-Berlin, den Gerichten die von anderer Seite bestrittene Befugnis zugesprochen, das verfassungsmäßige Zustandekommen, auch die materielle Gültigkeit der Gesetze zu prüfen (vgl. Das Recht Nr. 1/2, 9/10 1920).

Soweit die formale Seite der Frage.

Was die materielle Behandlung des Inhalts der Gesetze angeht, so handelt es sich bei der Anstaltsbehandlung der Geisteskranken, die naturgemäß fast immer mit der Aufhebung der freien Bewegung einhergeht, für den Juristen um einen Eingriff ernster Natur, um die Entziehung oder Beschränkung der persönlichen Freiheit, die die Verfassung jedem Deutschen gewährt. Art. 114 der Verfassung des Deutschen Reiches vom 11. August 1919 lautet: „Die Freiheit der Person ist unverletzlich. Eine Beeinträchtigung oder Entziehung der persön-

lichen Freiheit durch die öffentliche Gewalt ist nur auf Grund von Gesetzen zulässig.“ Nach dem klaren und unzweideutigen Wortlaut dieser Bestimmung kann man es dem Juristen nicht verdenken, wenn er die Bestimmungen über Anstaltsverwahrung unter allen Umständen gesetzlich geregelt wissen will. Der Jurist kann keinen andern Standpunkt einnehmen, will er sich nicht dem Vorwurf mangelnder Folgerichtigkeit aussetzen.

Derselben Ansicht muß auch der Irrenarzt sein, sofern er nur ein wenig juristisch zu denken vermag, und das muß jeder Psychiater in irrenrechtlichen Fragen. Ich halte es sogar taktisch für richtiger, möglichst unbeeinflußt von anderer Seite denselben Standpunkt mit aller Schärfe zu vertreten. Den, der sich dagegen sträubt, weil es seinem medizinischen Fühlen und Denken gar zu sehr widerspricht, möchte ich darauf aufmerksam machen, daß er sich sonst nicht gegen peinliche Überraschungen schützen kann.

Ich kann nicht den Optimismus der Kollegen teilen, die in ihrem eigenen Interesse eine gesetzliche Regelung des Irrenwesens wünschen. Denn auch den Ländern, in denen schon lange ein Irrenrecht besteht, wie England und Frankreich, sind Skandalprozesse, Angriffe auf Irrenärzte und Irrenanstalten nicht erspart.

Wenn die Laien, wohl in ihrer Gesamtheit, die gesetzliche Regelung befürworten, so mögen hierfür mehr gefühlsmäßige Erwägungen maßgebend sein. Aber es kann gewiß auch zu seinem Teil zur Stärkung des Gefühls der Sicherheit beitragen, wenn ein Gesetz an die Stelle von Verordnungen tritt.

Fasse ich meine bisherigen Darlegungen zusammen, so trete ich unbedingt für ein Irrengesetz ein, freilich unter zwei Voraussetzungen.

Einmal darf das Gesetz nur die wichtigsten Bestimmungen in großen Zügen enthalten. Kürze und Eindeutigkeit soll es auszeichnen. Einzelheiten sollen den Ausführungsbestimmungen überlassen bleiben. Wenn somit die Hauptfragen in ihren Grundzügen durch ein Gesetz, also voraussichtlich für geraume Zeit festgelegt sind, besteht die Möglichkeit, in den Ausführungsbestimmungen den nach Zeit und Ort wechselnden Anforderungen gerecht zu werden und den Fortschritten der Psychiatrie sowie den praktischen Erfahrungen in der Irrenpflege Rechnung zu tragen. So lassen sich die Vorzüge, die den Gesetzen

und den Verordnungen eigen sind, vereinigen, ohne daß ihre Nachteile das Werk gefährden. Somit nehme ich mit *Vorster* einen vermittelnden Standpunkt ein.

Dann aber ist vor allem zu verlangen, daß der Gesetzgeber sich bei der Abfassung des Gesetzes nicht lediglich von dem Gespenst einer widerrechtlichen Freiheitsberaubung, von der Angst eines Verschwindens geistig gesunder Personen hinter den hohen Mauern der Anstalt leiten läßt. Wäre mit einem solchen Gesetz zu rechnen, so sollte es wahrlich lieber beim Alten bleiben. Daß auch der Geisteskranke ein Kranker ist, darf auch der Gesetzgeber nicht vergessen, mag auch die im Interesse des Kranken und seiner Umgebung gebotene Internierung eine harte Maßnahme bedeuten. Das Gesetz soll in erster Linie zu Nutz und Frommen der Kranken erlassen werden! Dann, aber auch nur dann, werden die Irrenärzte mit ihm zufrieden sein, vor denen wahrlich weder Kranke noch viel weniger Gesunde geschützt zu werden brauchen, wie sachunkundige Rufer im Streite vermeinen.

Somit halte ich die Zusammenfassung der für die Aufnahme, Überwachung und Entlassung gültigen Bestimmungen in einem kurzen Gesetz und nur hinsichtlich der Hauptpunkte für erwünscht.

Hieran schließt sich natürlich die weitere Frage an, ob ein Reichsirrengesetz für das Gebiet des Deutschen Reiches den Vorzug vor Landesgesetzen für die einzelnen Bundesstaaten verdient oder nicht.

Früher mögen rechtliche Bedenken gegen den Erlaß eines Reichsgesetzes bestanden haben, wie aus den Verhandlungen des 25. Juristentages zu entnehmen ist. Nach *Vierhaus* war es fraglich, ob die Reichszuständigkeit nach Art. 4 Nr. 15 der Reichsverfassung, die sich nur auf Maßregeln der Medizinalpolizei erstreckt, auch die Überwachung der Irrenanstalten wird umfassen können. Inzwischen haben sich die Verhältnisse geändert. Wir sehen, daß entsprechend dem Standpunkte, daß das Deutsche Reich ein Einheitsstaat, kein Bundesstaat ist, sich jetzt eine reichsgesetzliche Regelung auf den verschiedensten Gebieten vollzieht, deren Ordnung die einzelnen Bundesstaaten früher sich mit aller Schärfe und Entschiedenheit vorbehalten haben würden. Ich weise nur hin auf die Zentralisierung des direkten Steuerwesens und die „Verreichlichung“ der Post und der Eisenbahnen.



Formale Bedenken dürften somit heute kaum noch bestehen. Daß auch in sachlicher Hinsicht eine einheitliche Regelung dieser Frage für das Deutsche Reich erwünscht ist, schon um eine möglichst einheitliche Rechtsprechung anzubahnen, ist zuzugeben. Aus der Buntscheckigkeit unseres Irrenwesens ergeben sich tatsächlich mancherlei Mißstände. Der Kranke, der aus der Anstalt des einen Bundesstaates entweicht, bewegt sich frei und ungehindert in einem andern Bundesstaate. Das wäre an und für sich belanglos, wenn es sich nur um harmlose Kranke hierbei handelte. Anders, wenn es gesellschaftfeindliche Elemente sind. Immerhin mögen das nur Einzelfälle sein. Größere Bedeutung beansprucht ein anderer Gesichtspunkt. Der Vorentwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuch, der 1909 veröffentlicht wurde, sieht in seinem § 65 eine Anstaltsverwahrung für die antisozialen Personen vor, die mit Rücksicht auf ihren Geisteszustand freigesprochen oder außer Verfolgung gesetzt oder zu einer milderen Strafe verurteilt sind, sofern es die öffentliche Sicherheit erfordert. Wenn mir auch der neue Vorentwurf nicht bekannt ist, dessen Vorlage nach einer Mitteilung der Tagespresse für die nächste Zeit zu erwarten steht, so ist doch damit zu rechnen, daß diese wichtige Frage in derselben oder in einer ähnlichen Form ihre Erledigung findet, da alle modernen Strafgesetzbücher gegenüber den Psychopathen oder Geisteskranken mit kriminellen Neigungen in wohlberechtigtem Interesse der durch sie gefährdeten Allgemeinheit mehr oder weniger denselben Standpunkt einnehmen. Ist das aber der Fall, so empfiehlt es sich, um den Schutz der Gesellschaft möglichst wirksam und nachhaltig durchführen zu können, eine für das Reich einheitliche Feststellung der hierzu notwendigen Mittel und Wege. Nicht nur ist dabei zu erörtern, wer die Fürsorge übernimmt, und welche Gesichtspunkte für den Bau, den Betrieb und die Einrichtung der notwendig werdenden Anstalten maßgebend sein sollen, sondern viel wichtiger ist eine einheitliche Feststellung der für das ganze Geltungsgebiet des neuen Strafgesetzbuches, also für das Deutsche Reich gültigen Grundsätze über die Aufenthaltsverhältnisse der Insassen der Sicherungsanstalten. Daß die eigentlichen Irrenanstalten, auch wenn sie zurzeit Platz genug bieten, für diesen Zweck in Anspruch genommen werden, ist kaum anzunehmen und zu wünschen.

Dieses wäre aber schon der Anfang eines Reichsirrengesetzes,

freilich ein mehr qualitativ als quantitativ wichtiger Bestandteil, da gerade die gesellschaftsfeindlichen und pathologischen Personen die sind, die sich am häufigsten und zähesten über unberechtigte Zurückhaltung beklagen.

Also Grund genug, den Rechtsschutz der Geisteskranken in ihrer Gesamtheit in einem Reichsirrengesetz zusammenzufassen.

Bedenken gegen eine derartige Absicht werden eher von psychiatrischer als von juristischer Seite laut, und zwar aus mancherlei Gründen.

Einmal ist man der Ansicht, daß die örtlichen Verschiedenheiten über die Bestimmungen für die Aufnahme, Überwachung und Entlassung zu verschieden seien, als daß eine einheitliche Regelung möglich wäre. Doch ich will dem Gesetz ja nur die Feststellung der wichtigsten Grundsätze zuweisen; die Ausführungsbestimmungen können aber unbesorgt die einzelnen Bundesstaaten auch auf dem Wege von Verordnungen übernehmen. Damit ist durchaus die Möglichkeit gewährleistet, daß territoriale Eigenheiten, soweit sie berechtigt sind, beibehalten werden. Über die Grundsätze eines Irrenrechts sollte man sich doch wirklich einigen können. Nicht nur unter den zunächst beteiligten Kreisen, den Juristen und Ärzten, sondern auch mit den gesetzgebenden Körperschaften, sofern es diesen nicht an gutem Willen und an Zugänglichkeit für sachkundige Belehrung fehlt. Ich rechne um so fester mit dieser Möglichkeit, als das badische Irrenfürsorgegesetz ein treffliches Vorbild abgibt, das sich in den 10 Jahren seines Bestehens vorzüglich bewährt hat. Meinungsverschiedenheiten werden eher über die Wege und Mittel zur Verwirklichung des Gesetzes auftauchen, aber doch nie in dem Maße, daß die, denen das Wohl der Kranken ernstlich am Herzen liegt, darüber das Zustandekommen eines Gesetzes scheitern lassen.

Sodann wird von einem Reichsirrengesetz ein nachteiliger Einfluß auf das Wohlergehen der Kranken befürchtet. Ich kann diese Bedenken nicht teilen. Gewiß bestehen in dem einen Staate liberalere Aufnahmebestimmungen als in einem andern. Aber wenn diese sich bewährt haben, vermag ich nicht einzusehen, warum man sie nicht auch andernorts einführen kann. Ich bin, um das schon hier hervorzuheben, überhaupt der Ansicht, daß das Aufnahme- und Entlassungsverfahren an vielen Orten noch mit gar zu vielen Formalitäten höchst überflüssig belastet ist.

Wenn endlich befürchtet wird, ein Reichsirrengesetz könne ein Fortschreiten in der Pflege und Behandlung der Geisteskranken, vielleicht auch in rein wissenschaftlicher Beziehung, hindern, so ist doch zu bedenken, daß die heutige Finanzlage, die uns der Ausgang des Krieges gebracht hat, eine so wirksame und nachhaltige Schädigung bedeutet, daß demgegenüber alles andere in den Hintergrund tritt. Werden wir doch jetzt im Anstaltsbetriebe zur Durchführung von Maßnahmen gezwungen, die nur zu erörtern vor einem halben Jahrzehnt jeder Irrenarzt schroff abgelehnt haben



würde. Ich wüßte wirklich übrigens auch nicht, inwiefern ein Reichsirrengesetz nachteilig wirken könnte, sofern es nur, fast möchte ich sagen, selbstverständliche Grundsätze enthält. Die einzelnen Bundesstaaten und Provinzen werden dadurch nicht im geringsten gehindert, vielmehr nach wie vor bestrebt sein, den Kranken eine möglichst zeitgemäße Behandlung zukommen zu lassen. Der edle Wettstreit, der die Pflege der Geisteskranken in Deutschland dank den Vorzügen der Dezentralisation auf eine so ungeahnte Höhe gebracht hat, verbietet sich heute von selber mit Rücksicht auf die Geldlage.

Ich persönlich befürworte somit — immer unter den von mir angeführten Voraussetzungen — auch den Erlaß eines Reichsirrengesetzes.

B. Besonderer Teil. — Hinsichtlich der Sonderfrage, welche Verhältnisse das Irrengesetz — ob ein Reichs- oder Landesgesetz vorzuziehen ist, kommt für die weitere Behandlung des Stoffes nicht mehr in Frage — berücksichtigen soll und welche Gesichtspunkte hierbei maßgebend sein müssen, beschränke ich mich aus Gründen der Raum- und Zeitersparnis auf die öffentlichen Anstalten. Nicht deshalb, weil ich befürchte, daß die noch bestehenden Privatanstalten — manche mußten schon unter dem Druck der heutigen Verhältnisse aufgelöst werden — einer Sozialisierung zum Opfer fallen würden, was ich, wohl in Übereinstimmung mit der Mehrzahl der Fachleute, auf das lebhafteste bedauern würde. Ich gehe von den Verhältnissen der preußischen Provinzen aus. Nicht etwa, weil sie am besten geregelt sind — das muß man, wie ich schon oben ausführte, viel eher von dem auch in anderer Beziehung vorbildlichen Baden sagen —, sondern weil sie mir aus einer langjährigen Tätigkeit in drei Provinzen am besten bekannt sind. Aus praktischen Gründen halte ich noch eine weitere Einschränkung für geboten. Ich begnüge mich damit, zu erörtern, wie die Aufnahme in die Anstalt, wie die Entlassung und wie die Überwachung während des Anstaltsaufenthaltes hinsichtlich der Berechtigung der Anstaltsverwahrung geregelt werden soll. Auf alle andern Fragen des Irrenrechts, mögen sie noch so wichtig sein, wie z. B. die Regelung des Briefverkehrs im Anstaltsbetrieb oder die Beaufsichtigung der außerhalb der Anstalt lebenden, insbesondere in fremden Familien untergebrachten Geisteskranken gehe ich heute nicht ein, verweise vielmehr in dieser Beziehung auf meine Bearbeitung des Irrenrechts, die in dem von *Aschaffenburg*

herausgegebenen Handbuch der Psychiatrie erschienen ist. Aber auch hinsichtlich der oben angeführten Punkte beanspruche ich keine Vollständigkeit, da ich meinen Ausführungen in erster Linie die von uns Irrenärzten zu erhebenden Forderungen und unsere Wünsche zugrunde lege. Absichtlich habe ich es auch mit Rücksicht auf die örtlichen Verschiedenheiten vermieden, bestimmt formulierte Vorschläge zu machen oder gar den Entwurf eines Irrengesetzes vorzulegen. Ich halte es für richtiger, nur Richtlinien anzudeuten und Anregungen zu geben.

I. Was die Aufnahme angeht, so wäre es ja gewiß sehr erwünscht, in zielbewußter Durchführung des Grundsatzes, daß die Irrenanstalt ein Krankenhaus ist wie jedes andere, die Aufnahme von allen Formalitäten zu befreien. Man kann sich, um die Durchführbarkeit dieser Forderung darzutun, gewiß darauf berufen, daß die überwiegende Mehrzahl der psychiatrischen Kliniken, wovon ich mich gelegentlich einer Meinungsverschiedenheit mit der übergeordneten Behörde durch eine Umfrage seinerzeit überzeugen konnte, Personen Tag für Tag aufnimmt, ohne daß hierbei irgendeine Vorschrift befolgt zu werden braucht. Erhebliche Mißstände haben sich meines Wissens daraus nicht ergeben. Während einer 8jährigen Tätigkeit an der psychiatrischen Klinik in Greifswald habe ich bei einem derartigen Verfahren niemals auch nur die geringsten Unannehmlichkeiten, von Schwierigkeiten gar nicht zu reden, erlebt.

Aber es bestehen doch Unterschiede zwischen den psychiatrischen Kliniken und den Irrenanstalten, wenn auch, wie ich schon hier hervorheben will, nicht solche grundsätzlicher Natur.

Denn in den Kliniken finden die geisteskranken Personen nur für eine beschränkte Zeit Aufnahme und werden dann meist, sofern sie noch besonderer Pflege bedürfen, den Irrenanstalten zugeführt. Vor allem werden die Kliniken von den kriminellen und gesellschaftsfeindlichen Geisteskranken im allgemeinen verschont. Gerade diese aber sind es, die sich über eine ungerechtfertigte Unterbringung am ersten beschweren und dann mit ihrer Klage aus verschiedenen Gründen, auf die ich hier nicht einzugehen brauche, nur zu leicht Glauben finden.

Weiter darf der Umstand nicht unterschätzt werden, daß gegen die psychiatrischen Kliniken im allgemeinen weniger Vorurteile bestehen als gegen Irrenanstalten. Es würde zn weit führen, auseinanderzusetzen, worauf das zurückzuführen ist.



Dennoch habe ich die ernstesten Bedenken, die Aufnahme in eine Irrenanstalt von allen Vorschriften zu befreien. Ich rechne dabei sehr wohl mit der Gefahr, mangelnder Folgerichtigkeit geziehen zu werden. Um so mehr, als ich nach wie vor es für dringend wünschenswert halte, den psychiatrischen Kliniken ihre bisherige Sonderstellung zu bewahren, damit ihnen nach wie vor nicht nur Psychosen in ihrem ersten Beginn und möglichst schnell, sondern vor allem auch die Grenzfälle in großer Zahl zugeführt werden. Denn gerade diese Fälle sind das Material, dessen Vorführung für den angehenden praktischen Arzt von der größten Bedeutung ist.

Die Unterbringung in einer geschlossenen Anstalt bedeutet einen so erheblichen Eingriff in die persönliche Freiheit, daß die Notwendigkeit einer Sicherung von den meisten Sachverständigen betont wird. Aber dennoch darf die Aufnahme unter keinen Umständen so erschwert werden, daß darunter der Aufzunehmende oder seine Umgebung leiden könnte. Um diesen miteinander streitenden Forderungen gerecht zu werden, gibt es meines Erachtens nur einen Weg, nämlich den, das Aufnahmeverfahren möglichst zu erleichtern und eine strenge Überwachung der Aufgenommenen während ihres Anstaltsaufenthaltes hinsichtlich der Berechtigung ihrer Anstaltsverwahrung durchzuführen. Man könnte gewiß auch daran denken, den entgegengesetzten Weg einzuschlagen, also das Aufnahmeverfahren mit vielen Sicherungen zu umgeben und die Überwachung möglichst zu vereinfachen und zu mildern. Aber diesem Vorschlage kann ich weder aus ärztlichen noch aus rechtlichen Gründen beipflichten. Denn einmal würde die Aufnahme eines fachärztlicher Pflege bedürftigen Kranken ungemein erschwert oder verzögert, oft genug zu seinem eigenen Schaden oder zum Nachteil der Seinigen. Dann aber ist eine ständige Überwachung des Aufgenommenen, auch bei längerem Anstaltsaufenthalt, geboten, da sein Zustand so manchen Schwankungen unterworfen sein kann. Auch kann die Frage der Anstaltspflegebedürftigkeit, selbst wenn die sonstigen, insbesondere die häuslichen Verhältnisse dieselben bleiben, im Laufe der Zeit gegenüber dem Zeitpunkt der Aufnahme sich wesentlich ändern. Die Möglichkeit einer ständigen Prüfung muß somit auf jeden Fall vorgesehen werden. Daher fordere ich möglichste Vereinfachung des Aufnahmeverfahrens, das heute noch in vielen Staaten und Provinzen gar

zu verwickelt und zeitraubend ist, und strenge Überwachung des Aufgenommenen für die ganze Dauer seines Aufenthaltes in der Anstalt hinsichtlich der Frage der Anstaltspflegebedürftigkeit.

Es erscheint mir ratsam, die Besprechung zweier weiterer Fragen grundsätzlicher Natur anzuschließen.

Berliner Gerichte, deren Urteil *Henneberg* wiedergegeben hat, gehen davon aus, daß nach den jetzt für Preußen gültigen Bestimmungen eine Person, auch wenn ihre geistige Erkrankung durch ärztliche Zeugnisse festgestellt ist, nicht gegen ihren Willen in einer Anstalt untergebracht oder zurückgehalten werden darf, wenn sie nicht entmündigt oder gemeingefährlich ist. Hiernach wäre die Unterbringung einer Person in einer Irrenanstalt gegen ihren Willen, sofern ein Irrengesetz nicht vorliegt, nur dann berechtigt, wenn sie geisteskrank und außerdem noch entmündigt oder gemeingefährlich ist, eine Auffassung, die nicht nur von vielen Juristen, sondern auch von Laien geteilt wird. Das ist aber eine Ansicht, gegen die vom ärztlichen wie vom rechtlichen Standpunkt aus ernste Bedenken erhoben werden müssen, und die daher auf das schärfste bekämpft werden muß.

Der Begriff der Gemeingefährlichkeit ist so schwankend und unsicher, daß es im höchsten Grade bedenklich wäre, auf ihn die Berechtigung, eine geistesgestörte Person gegen ihren Willen in einer Irrenanstalt unterzubringen, zu stützen. Gewiß mag früher, als das Irrenwesen noch nicht so entwickelt war wie heute, nur der interniert worden sein, der seine Umgebung bedrohte oder ihr zum mindesten lästig wurde; da bei seiner Einlieferung wohl immer die Polizeibehörde mitwirkte, ist es erklärlich, wenn derartigen Kranken die Eigenschaft der Gemeingefährlichkeit zugeschrieben wurde. Gemeingefährlichkeit und Geisteskrankheit wurden geradezu gleichgestellt, und diese beiden Begriffe wurden im Laufe der Zeit auf das engste miteinander verknüpft, geradezu verschmolzen, so daß eine Trennung für den Laien, oft genug auch für den Richter, häufig nicht möglich oder, geradezu gesagt, gar nicht denkbar ist. Keiner andern Krankheit wird der Stempel der Gemeingefährlichkeit so leicht und schnell, ich möchte geradezu sagen, mit einer solchen Selbstverständlichkeit aufgedrückt wie der geistigen Störung. Für viele Laien gibt es dementsprechend keine Geistesstörung ohne Gemeingefährlichkeit und demnach keine Irrenanstalt ohne Zwangsjacke und Gummizelle. Immer wieder sehe ich Juristen sich darüber entsetzen, daß ein nicht gemeingefährlicher Geisteskranker gegen seinen Willen in einer Anstalt zurückgehalten werden kann.

Diese allgemein übliche Verquickung von Gemeingefährlichkeit und Geisteskrankheit ist sicher zu ihrem Teil schuld an dem Vorurteil und



dem Mißtrauen, das den Irrenanstalten oder überhaupt allem, was mit der Psychiatrie schlechtweg zusammenhängt, entgegengebracht wird.

Aber darüber sind sich nur wenige klar, wie schwer es ist, den Begriff der Gemeingefährlichkeit zu umschreiben. Ich habe mich unlängst in einer Festschrift für *Rapmund* mit dieser Frage eingehend befaßt. Ich kam zu dem Ergebnis, daß man diesen Begriff (übrigens kein ärztlicher, sondern ein polizeilicher oder verwaltungsrechtlicher Begriff) wegen seiner schweren Faßbarkeit, seiner schon durch die Rücksicht auf Ort, Zeit und Umwelt bedingten Dehnbarkeit, der sehr großen Möglichkeit seiner mißbräuchlichen Anwendung und seiner eine gedeihliche Entwicklung des Irrenwesens schädigenden Wirkung geradezu selbst als gemeingefährlich bezeichnen kann. Ich habe schon früher vorgeschlagen, ihn aus der Irrenpflege auszumerzen und durch den Ausdruck Anstaltspflegebedürftigkeit zu ersetzen. Ich tat das auch deshalb, weil der Arzt, falls nur Gemeingefährlichkeit zur Aufnahme berechtigen sollte, bei einer Klage leicht Gefahr laufen kann, verurteilt zu werden, da sich der Begriff der Gemeingefährlichkeit nicht scharf umgreifen läßt.

Ich gebe ohne weiteres zu, daß auch der Begriff der Anstaltspflegebedürftigkeit schwer zu umschreiben ist. Aber ohne einen solchen kommt man nicht aus, sofern man auf eine schnelle Verständigung Wert legt. Immerhin hat er gegenüber der Gemeingefährlichkeit den großen Vorteil, daß er keine unnötige Voreingenommenheit, kein vermeidbares Vorurteil gegen den Geisteskranken und die, die sich seiner annehmen, schafft.

In meiner Bearbeitung des Irrenrechts (S. 227) habe ich alle die Kranken für anstaltspflegebedürftig bezeichnet, die in der Irrenanstalt „und nur in ihr die Bedingungen zu ihrer Heilung, zu ihrer Pflege, zu ihrem und der andern Schutz finden". Die Heil-, Pflege- und Schutzbedürftigkeit der Geisteskranken sind somit die maßgebenden Gesichtspunkte.

Zweckmäßiger scheinen mir die Erläuterungen, die in den Ausführungsbestimmungen der badischen Bestimmungen enthalten sind. Die Vollzugsordnung des badischen Irrenfürsorgegesetzes umschreibt in § 2 Abs. 1 als den „Zweck der öffentlichen Irrenanstalten" „Heilung und Verpflegung Geisteskranker, Epileptischer und sonstiger Nervenkranker, die sich für eine psychiatrische Behandlung eignen, sowie Beobachtung zweifelhafter Geisteszustände". Bedürfen die Geisteskranken, führt § 3 weiter aus, nicht einer psychiatrischen Behandlung, so sollen sie in den öffentlichen Irrenanstalten „nur dann Aufnahme finden, wenn sie für sich selbst oder andere Personen oder für das Eigentum gefährlich oder für die öffentliche Sittlichkeit anstößig oder in bezug auf Aufsicht, Schutz, Verpflegung oder ärztlichen Beistand verwahrlost oder gefährdet sind". Zur Aufnahme derartiger Kranken bedarf es nicht eines Antrages eines Verwandten oder des gesetzlichen Vertreters des Kranken; sie werden „von Amts wegen" auch gegen ihren Willen aufgenommen.

Ich verkenne nicht, daß auch in dieser Umschreibung des Begriffes der Anstaltspflegebedürftigkeit das Wort gefährlich eine Rolle spielt. Aber abgesehen davon, daß mit dem Wort Gemeingefährlichkeit, das zu vielen Mißverständnissen Anlaß gibt, endgültig aufgeräumt ist, wird doch ausdrücklich und in einer jeden Zweifel ausschließenden Form als oberster Zweck der Irrenanstalt die Heilung und Verpflegung Geisteskranker bezeichnet. Das badische Gesetz räumt der Irrenanstalt die Stellung ein, die ihr gebührt, die sie beanspruchen kann; die Irrenanstalt wird vom Gesetzgeber ausdrücklich als Krankenhaus anerkannt.

Nicht allein das öffentliche Interesse soll maßgebend sein, sondern auch die Rücksichtnahme auf den Kranken selbst soll gestatten, eine Person auch gegen ihren Willen einer Anstalt zuzuführen oder in ihr zurückzuhalten, sofern es aus ärztlichen Gründen geboten erscheint. Sei es, um den Kranken zu heilen oder zu bessern oder um eine Verschlimmerung zu verhüten oder ihn vor Schaden, Selbstmord, Verwahrlosung, Ausbeutung zu bewahren.

Nur wenige Irrengesetze geben rein ärztlichen Gesichtspunkten so weitgehenden Spielraum wie das badische. Immerhin wurden schon früher ähnliche Gesichtspunkte in andern Gesetzen und Verordnungen berücksichtigt. So ist beispielsweise nach dem für die Provinz Hannover maßgebenden Reglement aus dem Jahre 1877 — wohl dem ältesten der preußischen Provinzen — die Aufnahme auch ohne ausdrückliche Zustimmung der nächsten Anverwandten oder des Vormundes, mithin natürlich auch gegen den Willen des Kranken selber, unter der Voraussetzung zulässig, „daß eine ..... durch die Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt zu vermeidende grobe Vernachlässigung oder sonstige Mangelhaftigkeit seiner Pflege vorliegt". Demgegenüber verweise ich auf die Verhältnisse in Bayern, wo eine Anstaltsaufnahme durch die Bezirkspolizeibehörde nur bei dem Vorliegen von Gemeingefährlichkeit möglich ist. Und was ist die Folge? Es bedarf oft genug besonderer Konstruktionen, um die Unterbringung eines Geisteskranken zu ermöglichen, von dem auch der Laie unbedenklich zugeben wird, daß seine Anstaltsunterbringung notwendig ist.

Ich halte es somit für erforderlich, daß bei Verwendung des Begriffs Anstaltspflegebedürftigkeit in erster Linie die Heilung und Behandlung ausdrücklich betont wird. Nur so wird es gelingen, auch weiteren Kreisen die Überzeugung beizubringen, daß die Irrenanstalt nicht nur Verwahrungshaus, sondern in erster Linie Krankenhaus ist.

Schließlich soll, wie die schon mehrfach angezogenen Entscheidungen der Berliner Gerichte bestimmen, ein Kranker gegen seinen Willen nicht interniert werden dürfen, ohne entmündigt zu sein.

Auch hier haben wir wieder die Vermischung zweier Begriffe, die nichts miteinander zu tun haben, eine Vermischung, die im Laufe der Zeit



so eng geworden ist, daß vielfach auch die Juristen nicht von ihr loskommen können.

Gewiß durfte nach einer preußischen Kabinettsorder vom 5. IV. 1804 nur der gegen seinen Willen in eine Anstalt gebracht werden, der für wahn- oder blösdinnig erklärt war. Das war aber nur möglich im Wege des Interdiktionsverfahrens. Inzwischen haben sich jedoch die Voraussetzungen der Entmündigung, vor allem seit der Einführung des B. G.-B., sehr geändert, aber auch die der Anstaltsunterbringung. Danach wird vielfach nach wie vor die Entmündigungsreife der Anstaltspflegebedürftigkeit gleichgesetzt. Wird doch hier und da die Frage der Anstaltspflegebedürftigkeit durch die Einleitung des Entmündigungsverfahrens geprüft! Abgesehen davon, daß dieser Weg so ungeeignet wie nur möglich ist, besteht auch die Gefahr, daß der Anstaltsinsasse, der sich zu unrecht in der Anstalt zurückgehalten glaubt, von einer Beschwerde absieht, um nicht Gefahr zu laufen, obendrein noch entmündigt zu werden. Das weiß auch der Laie, daß es ungemein schwierig ist, wieder gemündigt zu werden. Ich habe es auch erlebt, daß dem Anstaltsarzt, der seinen Kranken auf diese Schattenseiten einer etwaigen Beschwerde bei der Staatsanwaltschaft hinwies, nachher von diesem vorgeworfen wurde, er habe das nur getan, um ihn zu veranlassen, von seiner Beschwerde abzusehen. Von jeher habe ich sehr energisch die Bestimmung bekämpft, daß der Anstaltsinsasse entlassen werden muß, wenn der Antrag auf Entmündigung endgültig abgelehnt oder seine Entmündigung rechtskräftig wieder aufgehoben ist, eine Bestimmung, die in Preußen nicht nur für die Privatanstalten gilt, sondern auch für einige öffentliche Anstalten; z. B. Wiesbaden 1915. Soviel ich sehe, bestehen derartige Vorschriften nur in Preußen.

Die Entmündigung stellt, wie schon *Vierhaus* auf dem 25. Juristentag in Bamberg mit aller Schärfe und unter allgemeiner Zustimmung der Versammlung in seinem Referate darlegte, eine zivilrechtliche, die Internierung aber eine verwaltungsrechtliche Maßnahme dar. Sie haben nichts miteinander zu tun, weder begrifflich noch rechtlich noch sachlich. Das geht schon daraus hervor, daß so wenig jeder entmündigte Geisteskranke interniert zu werden braucht, so wenig der anstaltspflegebedürftige Kranke entmündigt werden muß oder auch nur kann. Im Gegenteil, unter Umständen macht vielmehr eine Entmündigung eine Anstaltsunterbringung überflüssig oder ermöglicht die Entlassung. Gerade bei den an einer akuten Psychose Erkrankten, die wegen ihrer großen Unruhe und der Notwendigkeit besonderer ärztlicher Überwachung und Fürsorge am ersten der Anstaltspflege bedürfen, kommt eine Entmündigung wegen der guten Prognose der Psychose am wenigsten in Betracht.

Aber nach wie vor werden beide Begriffe miteinander verwechselt. Dabei wird vielfach völlig übersehen, daß auch bei einem entmündigten oder, was in diesem Zusammenhange dasselbe sagen will, bei einem minder-



jährigen Geisteskranken eine widerrechtliche Freiheitsberaubung sehr wohl vorgenommen werden kann, wenn etwa der ganz harmlose Kranke, der unbedenklich in jeder Familie untergebracht werden oder in voller Freiheit leben könnte, gegen seinen Willen von seinem Vormunde aus selbstsüchtigen Beweggründen in eine Anstalt gebracht wird. Oder die in der Anstalt untergebrachte Person ist zwar entmündigt; aber die Entmündigung besteht nur formal zu Recht, da keine Geistesstörung, noch viel weniger eine durch sie bedingte Unfähigkeit oder auch nur Erschwerung in der Besorgung der Angelegenheiten vorliegt.

Ich weiß sehr wohl daß die von *Henneberg* mitgeteilten Entscheidungen die Berechtigung einer Anstaltsunterbringung vielleicht deshalb mit besonderem Nachdruck von dem Nachweis der Entmündigung oder Gemeingefährlichkeit abhängig machen, weil eine gesetzliche Regelung der Aufnahmebestimmungen nicht vorliegt.

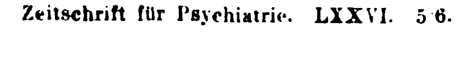
Wenn ich dennoch, obwohl ich ein Irrengesetz für nötig halte, diese Punkte einer so eingehenden Besprechung unterzogen habe, so geschah das deshalb, weil ich mich dem Eindruck nicht entziehen kann, daß hierüber vielfach auch bei denen Unklarheiten herrschen, denen man eine Kenntnis der einschlägigen Verhältnisse zutrauen sollte. Eine restlose Klärung ist aber schon im Interesse der Kranken und der durch sie bedrohten Allgemeinheit, nicht nur mit Rücksicht auf uns Irrenärzte und die Stellungnahme weiterer Kreise zu den Anstalten geboten.

Es ist somit erforderlich, daß die Begriffe Gemeingefährlichkeit und Entmündigung in einem Irrengesetz unter den Voraussetzungen einer Anstaltsunterbringung keine maßgebende Rolle spielen dürfen.

Vor der Aufnahme einer Person in eine Irrenanstalt sind im allgemeinen Fragen ärztlicher, rechtlicher und geldlicher Natur zu regeln. Auf die letztere brauche ich von meinem Standpunkt als Arzt nur insofern einzugehen, als ich hervorhebe, daß die Aufnahme eines anstaltspflegebedürftigen Kranken nicht an dem Fehlen oder der Unzulänglichkeit der Kostensicherung scheitern darf. Das Entsprechende sollte natürlich auch für die Entlassung gelten.

Ihrer Natur nach kann man vier verschiedene Formen einer Aufnahme unterscheiden: 1. Die regelrechte Aufnahme, 2. die dringliche Aufnahme, 3. die freiwillige Aufnahme und 4. die Aufnahme zur Beobachtung.

1. Die regelrechte (oder endgültige im Gegensatz zur vorläufigen, oder normale) Aufnahme setzt im allgemeinen voraus ein




ärztliches Attest, den Antrag eines Antragberechtigten und die Mitwirkung einer Behörde.

Für die Aufnahme in eine öffentliche Irrenanstalt reicht das Attest eines Arztes aus. Weder bedarf es des Zeugnisses zweier Ärzte noch des eines beamteten Arztes. Natürlich muß vorausgesetzt werden, daß das Aufnahmeattest allen an ein vorschriftsmäßiges Gutachten zu stellenden Anforderungen genügt, nicht nur in sachlicher, sondern auch in formaler Beziehung. Es sollte doch nicht mehr vorkommen, daß es auf einem Rezeptformular und dann noch, wenn gleich der Fall ganz klar liegt, in einer bedingten Form erstattet wird. Man fordere auch nicht die Ausstellung eines Gutachtens an der Hand eines seitenlangen Fragebogens, dessen Anblick bei den meisten Ärzten geradezu Angstzustände auszulösen vermag, und dessen Ausfüllung gar zu leicht zu schematischem, gedankenlosem Arbeiten verleitet; die freie, zusammenhängende Schilderung verdient entschieden den Vorzug und sollte heute um so leichter durchführbar sein, nachdem seit eineinhalb Jahrzehnten Irrenheilkunde im Staatsexamen geprüft wird. Eine gewissenhafte persönliche Untersuchung des Aufzunehmenden durch den Arzt ist selbstverständlich! Ebensowenig kann darüber ein Zweifel bestehen, daß das Attest nicht nur das Vorliegen einer geistigen Störung nachweisen, sondern auch dartun muß, daß und weshalb diese eine Anstaltspflege notwendig macht. Ich halte es nicht gerade für zweckmäßig, wenn in den Aufnahmebestimmungen ausdrücklich darauf hingewiesen wird, die Anstalt nehme nicht nur Geisteskranke, sondern auch Geistesschwache auf. Das sind Unterschiede, die das BGB. im § 6 macht, Unterschiede, die hier, wo es sich nicht um zivilrechtliche, sondern um eine verwaltungsrechtliche Maßnahme handelt, gar nicht in Betracht kommen. Daß Idiotie und Imbezillität zwanglos als Geisteskrankheit aufgefaßt werden können, dem dürfte auch der Laie zustimmen. Daß das Vorliegen von Geistesstörung noch von anderer Seite, insbesondere einer Behörde, bestätigt oder diese Annahme gar noch durch einzelne Vorkommnisse bewiesen werden soll, ist wirklich überflüssig und nicht dazu angebracht, das Ansehen ärztlicher Zeugnisse zu stärken. Das Attest darf nur eine bestimmte Zeit nach der Ausstellung, etwa 2 Wochen, gelten. Ist diese Frist verstrichen, ohne daß die Aufnahme erfolgt ist, so bedarf es einer neuen ärztlichen Untersuchung, auf die in dem ur-



sprünglichen Attest mit nur wenigen Worten Bezug genommen zu werden braucht.

Da der Geisteskranke vielfach kein Gefühl für seine Erkrankung und die durch sie bedingte Schutzbedürftigkeit hat, müssen meist andere sich seiner annehmen, die die Anstaltsaufnahme anregen oder herbeiführen. In erster Linie sind zur Stellung des Antrages auf Anstaltsaufnahme berufen die nächsten Anverwandten oder der gesetzliche Vertreter oder, falls diese fehlen oder nicht in Tätigkeit treten können oder wollen, die mit seiner Fürsorge betraute oder für sie verantwortliche Behörde (Armenverwaltung, Vorstände der Straf- oder Erziehungsanstalten oder des Arbeitshauses, die Vorsteher militärischer Behörden usw.). Ich persönlich würde keine Bedenken tragen, auch Fernerstehenden das Recht des Antrages auf Aufnahme eines Kranken in eine Anstalt einzuräumen, sofern sie ein berechtigtes Interesse nachweisen können.

Aber das Wichtigste ist, abgesehen vom ärztlichen Attest, daß eine Behörde amtlich von der Aufnahme des Kranken Kenntnis erhält und die Genehmigung erteilt, sofern sie selber die Aufnahme nicht veranlaßt hat. Als solche Behörden können bei den öffentlichen Anstalten Preußens selbstverständlich nicht die vorgesetzten Provinzialverwaltungen in Betracht kommen, da diese nicht unparteiisch sind. Wo dennoch eine derartige Bestimmung besteht, handelt es sich bei deren Erfüllung um eine Maßnahme der inneren Verwaltung, die mit dem hier beabsichtigten Sicherungszweck irrenrechtlichen Charakters nicht das geringste zu tun hat. Bisher war vielfach die Mitwirkung der Polizei oder Staatsanwaltschaft üblich. Ich halte aber weder das eine noch das andere für zweckmäßig, würde es vielmehr für richtiger halten, daß die Sicherungsbehörde, der auch die Überwachung der Anstaltsinsassen gegen die Gefahr einer unberechtigten Internierung übertragen werden muß, deren Mitwirkung somit doch später in Frage kommen kann, von jeder Aufnahme amtlich erfährt und sie genehmigt, falls sie sie nicht veranlaßt hat. Über die Sicherungsbehörde werde ich mich unten (S. 731ff.) bei Besprechung der Überwachung der Anstaltsinsassen des genaueren auslassen.

2. Die älteren Aufnahmebestimmungen sehen die dringliche (beschleunigte, fürsorgliche, einstweilige, vorläufige) Aufnahme nicht in dem Maße vor, wie ich es wünsche. Jedes zeitgemäße Irren-



gesetz muß ausgiebig die Möglichkeit vorsehen, Kranke ohne weiteres aufzunehmen, wenn Gefahr im Verzuge ist oder der Zustand es erfordert. Die Tatsache, daß die Zahl der Notaufnahmen von Jahr zu Jahr und dabei vielfach nur zum Zweck der Heilung zunimmt, und zwar derart, daß sie die Zahl der regelrechten Aufnahmen fast erreicht oder übertrifft, beweist die Berechtigung dieser Forderung, der übrigens die in neuerer Zeit erlassenen Vorschriften immer mehr Rechnung tragen.

Ich habe mich immer dafür ausgesprochen, daß unter Umständen die Aufnahme einer Person in eine Anstalt ohne alle Formalitäten möglich sein sollte, wenn der Anstaltsarzt bei ihrer Zuführung sich mit Sicherheit davon überzeugen kann, daß nicht nur Geisteskrankheit, sondern unbedingt auch Anstaltspflegebedürftigkeit vorliegt. Der Anstaltsarzt muß aber die Mitteilungen der begleitenden Personen, seine eigenen Beobachtungen und vor allem die eingehende Begründung seines Urteils sofort schriftlich zu den Akten der Anstalt geben. Dessen ungeachtet ist aber noch die Vervollständigung oder Ergänzung des Aufnahmeverfahrens nötig, und zwar in der Form, daß das regelrechte Aufnahmeverfahren innerhalb einer bestimmten Zeit, etwa 2—3 Wochen nach der Aufnahme, eingeleitet werden muß.

3. Für die freiwillige Aufnahme genügt die entsprechende schriftliche Erklärung des Aufzunehmenden zu den Akten der Anstalt und die Bescheinigung des ihn überweisenden Arztes, daß der Aufzunehmende sich für die freiwillige Aufnahme eignet und über sie auch selber zutreffend rechtskräftig zu urteilen und zu entscheiden vermag. Es wäre unbedenklich, die Erstattung dieses Gutachtens auch einem Arzt der Anstalt zu überlassen. Die freiwillige Aufnahme soll nicht nur der Heilung und Behandlung — es droht etwa ein neuer Anfall manischer Erregung oder depressiver Verstimmung, oder die bisherigen Versuche, vom Alkohol- oder Morphiummißbrauch befreit zu werden, waren vergeblich — dienen, sondern auch eine von dem Aufgenommenen selbst gewünschte Beobachtung ermöglichen. Wenn bei Entmündigten oder Minderjährigen eine derartige Aufnahme von der Zustimmung des gesetzlichen Vertreters abhängig gemacht wird, so erscheint das auch mit Rücksicht auf die durch die Anstaltsverpflegung bedingten Kosten berechtigt. Wie denn überhaupt der Vormund beanspruchen kann, über das Schicksal seines Mündels dauernd unterrichtet zu werden.



4. Schließlich habe ich noch zu besprechen die Aufnahme zum Zwecke der **Beobachtung**. Dieses Verfahren gestaltet sich einfach, wenn §§ 81 Str.-P.-O., 217 M.-Str.-P.-O., solange sie noch gültig ist, oder § 656 Z.-P.-O. zur Anwendung kommt. Verhältnismäßig klar liegen die Verhältnisse auch dann, wenn die Einweisung zum Zwecke der Beobachtung von einer Fürsorge-, Erziehungs- oder Strafanstalt oder einem Arbeitshause veranlaßt wird. Auch in diesen Fällen sollte die Beobachtungszeit, wie das badische Gesetz es vorschreibt, eine beschränkte sein, wenngleich ich nicht verschweigen darf, daß die Frist von 6 Wochen, wenn auch nur in Ausnahmefällen, nicht immer ausreicht.

Aber darüber hinaus halte ich es für nötig, daß noch eine weitere Möglichkeit, eine Aufnahme zum Zwecke der Beobachtung zuzulassen, geschaffen wird.

Nicht selten erscheint das Gebaren einer Person auffallend, wunderlich, störend oder geradezu gefährlich. Eine Geisteskrankheit wird vermutet, ohne daß sie mit Sicherheit nachgewiesen werden kann. Die Person entzieht sich der ärztlichen Beobachtung, oder auf Grund einer einmaligen oder auch mehrmaligen ärztlichen Untersuchung kann eine sichere Entscheidung nicht getroffen werden; und doch erheischt das ungewöhnliche Verhalten ein sofortiges Eingreifen der Behörde. Hier besteht tatsächlich vielfach eine Lücke, deren Beseitigung dringend erforderlich ist, um die Aufnahme zum Zwecke der Beobachtung herbeiführen zu können. Die Mitwirkung einer Behörde bei der Überführung in die Anstalt wird dabei meist nicht zu umgehen sein; naturgemäß wird die Polizeibehörde in Tätigkeit treten. Auch diese Aufnahme darf nur auf bestimmte Zeit erfolgen. Innerhalb dieses Zeitraumes, der kürzer bemessen werden mag, muß entschieden werden, ob der Aufgenommene geisteskrank ist und deshalb der Anstaltspflege bedarf — spätestens bei Ablauf dieser Frist muß das regelrechte Aufnahmeverfahren eingeleitet sein — oder ob diese Voraussetzungen nicht vorliegen. Daß die Sicherungsbehörde ebenfalls Nachricht von einer derartigen Aufnahme erhält, sei nur der Vollständigkeit halber hervorgehoben.

Es ist gewiß nicht Zufall, wenn eine ähnliche Forderung noch jüngst in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde im Anschluß an den Vortrag von *Henneberg* erhoben wurde. Denn gerade die



Verhältnisse der Großstadt mit ihrer Häufung von im ärztlichen und gesellschaftlichen Sinne krankhaften Persönlichkeiten, mit der erhöhten Empfindsamkeit der Bevölkerung und der unendlich großen Zahl von Reibungsmöglichkeiten lassen den Wunsch nach einer Erweiterung der Aufnahmebestimmungen zum Zwecke der Beobachtung berechtigt erscheinen. Das Bedürfnis, besondere Beobachtungsabteilungen für solche Fälle einzurichten, dürfte sich, wenn überhaupt, vor allem in allen Großstädten herausstellen. Diese den Irrenanstalten anzugliedern, erscheint schon deshalb geboten, weil nur hier eine zutreffende Beurteilung der meist heiklen Fragen durch Fachärzte gesichert erscheint.

II. Die Frage der Regelung des Aufnahmeverfahrens ist verhältnismäßig einfach. Ernste Meinungsverschiedenheiten können über ihre Erledigung meines Erachtens unter Sachkundigen kaum bestehen. Dasselbe gilt auch hinsichtlich der Entlassung, wie sich nachher noch ergeben wird. Um so schwieriger ist aber die Aufgabe zu lösen, die Überwachung der Anstaltsinsassen hinsichtlich der Berechtigung ihrer ungewollten Anstaltsverwahrung so zu regeln, daß keiner der dabei Beteiligten leidet oder eine vermeidbare Schädigung erfährt. Diese Frage des Rechtsschutzes bildet den Kernpunkt des Irrenrechts. Daß eine Einigung über diese Frage weniger leicht erzielt werden kann, liegt in der Natur der Sache.

Als obersten Grundsatz stelle ich die Forderung auf, daß jede in einer Irrenanstalt untergebrachte Person wie auch deren gesetzlicher Vertreter oder Verwandter das uneingeschränkte Recht haben muß, gegen die Aufnahme oder Verwahrung in der Anstalt Einspruch zu erheben. Irgendwelche einschränkende Bestimmungen kann ich nicht billigen.

Das badische Gesetz räumt dieses Recht dem volljährigen Kranken ein, sofern er nicht geschäftsunfähig ist, nimmt also den Nichtvolljährigen und den Geschäftsunfähigen aus.

Mir erscheint es fraglich, ob es zweckmäßig ist, die Berechtigung des Einspruchs nur den volljährigen Personen einzuräumen. Ich vermag nicht recht einzusehen, warum nicht auch den Minderjährigen dasselbe Recht zustehen soll. Mir ist natürlich bekannt, daß für Minderjährige ebenso wie für Entmündigte der Vormund den Wohnsitz nach § 8 B. G.-B. bestimmen kann. Aber um diese rein örtliche Frage, wenn ich mich so ausdrücken darf, handelt es sich hier wahrlich nicht!



Man kann doch nicht behaupten, daß eine zweifellos geisteskranke Person nur deshalb anstaltspflegebedürftig ist, weil sie gleichzeitig minderjährig ist und ihr gesetzlicher Vertreter die Unterbringung in der Anstalt wünscht. Es muß vielmehr die Psychose derart sein, daß sie, wenn auch vielleicht erst mittelbar, eine Anstaltsunterbringung notwendig macht. Aus diesem Grunde kann ich auch der „Anweisung über Unterbringung in Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten" vom 26. März 1901 nicht zustimmen, wenn sie für Kranke unter 18 Jahren andere und wesentlich leichtere Aufnahmevorschriften vorsieht als für ältere. Warum wird übrigens gerade diese Altersgrenze genommen?

Der Minderjährige (oder Entmündigte) muß zweifellos das Recht haben, sich über jede ihm ungerechtfertigt erscheinende Maßnahme seines Vormundes beim Vormundschaftsgericht beschweren zu dürfen. Eine solche Maßnahme kann auch die Einweisung in die Anstalt oder der Widerspruch gegen den Wunsch, entlassen zu werden, sein, wenn beispielsweise der Vormund den zwar kranken, aber in keiner Weise anstaltspflegebedürftigen Mündel lediglich aus eigennützigen Gründen einer Anstalt zuweist. Die Erledigung dieser Beschwerde fällt sinngemäß dem Vormundschaftsgericht zu. Ich würde aber doch zur Erwägung anheimstellen, ob es nicht zweckmäßiger ist, dieser Beschwerde bei ihrer ungewöhnlichen Eigenart in derselben Weise abzuhelfen wie bei den Anstaltsinsassen, die keinen gesetzlichen Vertreter haben.

Aus ähnlichen Erwägungen heraus halte ich auch eine Ausnahmebestimmung für Geschäftsunfähige für bedenklich.

Wer ist denn geschäftsunfähig? Nach § 104 Ziff. 1 B. G.-B. der, der noch nicht sein 7. Lebensjahr vollendet hat; er kommt praktisch hier kaum in Frage. Nach § 104 Ziff. 3 B. G.-B. der wegen Geisteskrankheit Entmündigte — darüber habe ich mich schon oben ausgelassen —, und schließlich nach § 104 Ziff. 2 B. G.-B. der, der sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist. Somit muß in jedem Falle, sofern nicht der Kläger wegen Geisteskrankheit entmündigt ist, die Frage geprüft werden, ob der Kläger geschäftsunfähig ist. Tatsächlich kann aber in diesem Falle, der nur die Ausnahme bildet, die Annahme



des Vorliegens von Geisteskrankheit nur formal berechtigt sein, sei es, daß die Entmündigung von vornherein, wenn auch nur in ihrer Schwere, unberechtigt war, sei es, daß sich der Geisteszustand des Entmündigten inzwischen erheblich gebessert hat. Wer trifft aber diese Entscheidung? Natürlich nicht der Leiter der Anstalt oder der Anstaltsarzt, die beide am Ausgang des Rechtsstreits nicht unbeteiligt sind. Er würde sich sonst nicht gegen den Verdacht schützen können, er habe Geschäftsunfähigkeit bei dem in seiner Anstalt untergebrachten Beschwerdeführer nur deshalb angenommen, um ihm die Klage gegen die Aufnahme oder Zurückhaltung unmöglich zu machen. Es ist vielmehr Aufgabe des Gerichts, festzustellen, ob Geschäftsunfähigkeit vorliegt.

Diese nimmt der badische Verwaltungsgerichtshof, die höchste Instanz, an, wenn die Schriftsätze erkennen lassen, „daß die Störung der Geistestätigkeit des Klägers sich auch auf das Gebiet der Verteidigung seines Rechts erstreckt, und daß er demgemäß ..... den anhängigen Rechtsstreit nicht in vernünftiger Weise zu überlegen und seine Entscheidungen zu treffen vermag". Aber läßt sich nicht oft genug oder fast immer nachweisen, daß der Beschwerdeführer „auch für das Gebiet des vorliegenden Rechtsstreites nicht in vernünftiger Weise zu überlegen und demgemäß seine Entscheidungen zu treffen" vermag? Meine Bedenken gegen die Verquickung von Geschäftsunfähigkeit mit der Berechtigung, gegen die Aufnahme oder Zurückhaltung in einer Irrenanstalt zu klagen, können auch nicht dadurch beseitigt werden, daß das preußische Oberverwaltungsgericht einen ähnlichen Standpunkt einnimmt und in jedem Einzelfalle die Prozeßfähigkeit des Klägers, sofern sie nicht nach § 52 Z.-P.-O. durch eine Entmündigung wegen Geisteskrankheit ausgeschlossen ist, ausdrücklich und eingehend prüft, auch wenn sicher eine geistige Erkrankung vorliegt. Denn die Geisteskrankheit begründet nicht notwendig einen die freie Willensbestimmung in jeder Beziehung ausschließenden Zustand entsprechend § 104 Z. 2 B. G.-B. „Es kommt vielmehr", führt der erste Senat des Oberverwaltungsgerichts weiter in einer mir vorliegenden Entscheidung vom 6. Februar 1919 aus, „darauf an, ob der Kläger nach seinem Geisteszustande die Fähigkeit besitzt, für sich das vorliegende Verwaltungsstreitverfahren selbst zu führen, oder ob diese Fähigkeit durch seinen Geisteszustand beeinträchtigt ist. Nun hängt zwar das vorliegende Verfahren mit dem Gedankenkreise, in dem der Kläger sich bewegt, insofern eng zusammen, als letzterer sich gegen die Annahme einer geistigen Erkrankung wendet und seine Entlassung aus der Anstalt betreibt, in der er eben wegen dieser Erkrankung und ihrer Folgezustände untergebracht ist, und es kann weiter auch nicht verkannt werden, daß seine Schriftsätze nach Ton und Inhalt von der geistigen Störung, an der



er leidet, nicht unbeeinflußt geblieben sind, allein das alles nicht soweit, um die Feststellung zu begründen, daß seine freie Willensbestimmung in bezug auf die Wiedererlangung seiner persönlichen Freiheit als ausgeschlossen zu erachten sei. Deshalb ist seine Prozeßfähigkeit unbedenklich zu bejahen (vgl. das Urteil vom 29. I. 1914; Entsch. O.-V.-G. Bd. 66, S. 311 ff.)."

Ist schon das Arbeiten mit dem Begriff der freien Willensbestimmung, ich darf wohl nicht sagen verpönt, aber mißlich, so gilt das hier im besonderen Maße. Ich muß gestehen, es wäre mir sehr erwünscht, hätte ich aus dem Urteil des genaueren auch ersehen können, auf welche Gesichtspunkte die Annahme der Prozeßfähigkeit gestützt worden ist. Ich würde mich nicht wundern, wenn in demselben Falle ein anderes Gericht die entgegengesetzte Entscheidung gefällt hätte.

Wiewohl ich sonst mit Absicht auf Einzelheiten nicht eingegangen bin, habe ich diese rein formale Frage des genaueren besprochen, weil mir daraus die große Schwierigkeit ihrer zutreffenden Lösung hervorzugehen scheint. Man braucht den Richter, dem diese Aufgabe zufällt, nicht darum zu beneiden.

Aber nicht nur aus diesen mehr formalen Bedenken, sondern vor allem auch aus sachlichen Gründen halte ich es für notwendig, daß jeder Anstaltsinsasse, mag er geschäftsfähig sein oder nicht, das Recht zur Klage haben muß. Ich bin der Ansicht, daß die Ausschließung der Geschäftsunfähigen (oder Prozeßunfähigen) vom Klageweg jeden Rechtsschutz gegenüber der unberechtigten Anstaltsverwahrung in den Augen des Volkes hinfällig machen kann. Gerade das aber sollten alle Beteiligten, und vor allem der Gesetzgeber, vermeiden, der Allgemeinheit eine Handhabe zu geben, die ihr gestattet, die Sicherheit eines Verfahrens, wenn auch nur mit einem Schein von Recht, in Frage zu stellen.

Mein Verlangen ist nicht so ungewöhnlich. Gesteht doch § 664 Z.-P.-O. ausdrücklich dem Entmündigten das Recht zu, die Entmündigung im Wege der Klage anzufechten, sogar dem wegen Geisteskrankheit Entmündigten, wiewohl er nach § 52 Z.-P.-O. prozeßunfähig ist. Man wende nicht ein, dieses Recht habe nur bedingten Wert, da die Klagefrist zeitlich beschränkt ist (§ 664 Z.-P.-O. Abs. 3), wiewohl die Entmündigung einen Dauerzustand schafft. Denn § 675 Z.-P.-O. gibt dem Entmündigten auch wieder ohne Unterschied, ob Geisteskrankheit oder Geistesschwäche der Grund der Entmündigung ist, das Recht, die Wiederaufhebung der Entmündigung zu beantragen.



Da das Gesetz hierbei eine Einschränkung nicht vorsieht, kann der Entmündigte den Antrag wiederholen, auch wenn er noch so oft abgelehnt ist. Ich kann auch darauf hinweisen, daß in einem unlängst vorgelegten bayerischen Vorentwurf, der die in Bayern bisher für die Anstaltsverwahrung Geisteskranker gültigen Bestimmungen zeitgemäßer gestalten sollte, das Klagerecht jedem in der Anstalt Verwahrten zugebilligt wurde, unabhängig davon, ob er geschäftsunfähig ist oder nicht. Auch *Moeli* nimmt den von mir vertretenen Standpunkt ein.

Ich gebe zu, daß meine Stellungnahme den Gerichten und damit unmittelbar auch den Anstalten sehr viel Arbeit verursachen kann, die letzten Endes vermeidbar sein mag. Aber sie wird doch nicht vergeblich geleistet, wenn sie nur etwas dazu beiträgt, das Zutrauen zu den Anstalten zu erhöhen. Es braucht nicht jeder Einspruch des unaufhörlich klagenden Anstaltsinsassen vor Gericht förmlich erledigt zu werden! Denn ich würde mich damit einverstanden erklären, dem Gericht die Befugnis zuzusprechen (s. S. 733), den Anstaltsleiter anzuweisen, weitere Beschwerden des Kranken nur in bestimmten Zwischenräumen abzusenden — natürlich muß eine eingehende Prüfung die Berechtigung der Anstaltsverwahrung dargetan haben! Ich würde auch nichts dagegen einzuwenden haben, daß dem kranken Kläger, der kein Verständnis für seine Rechtslage hat, ein gesetzlicher Vertreter bestellt wird, wenn auch nur, um den Rechtsstreit in formaler Hinsicht zu Ende führen zu können. Die Einrichtung einer Pflegschaft würde durchaus ausreichen, da es ja nur auf die Vertretung in einer bestimmten Angelegenheit, in dem Einspruch gegen die Einweisung in eine Anstalt oder gegen die weitere Anstaltsverwahrung, ankommt. Die Pflegschaft verdient auch deshalb den Vorzug, weil sie die Prozeßfähigkeit gar nicht in Zweifel zieht.

Die Bestellung eines Pflegers würde sich aber erübrigen, wenn man entsprechend einem früher auch von mir gemachten Vorschlage für jeden in einer Anstalt Untergebrachten, nicht unter Vormundschaft oder Pflegschaft Stehenden einen gesetzlichen Vertreter in der Form eines Fürsorgers ernennen würde, und zwar für alle die Angelegenheiten, die mit seiner Unterbringung in der Anstalt und seiner Anstaltsverwahrung in einem, wenn auch nur mittelbaren Zusammenhang stehen. Die Bestellung eines Berufsfürsorgers würde sich zweifel-



los sehr lohnen; eine ungemein segensreiche, wenn vielleicht auch nicht immer dankbare Aufgabe für Persönlichkeiten, die sich sozial betätigen möchten. Die Geschäftsfähigkeit oder Prozeßfähigkeit der vom Fürsorger Vertretenen wird durch diesen Schutz nicht im mindesten beeinträchtigt, vor allem nicht das Recht, die Klage wegen ungerechtfertigter Einweisung oder Festhaltung durchzuführen.

Ich räume somit, um das noch einmal zu betonen, das Recht des Einspruchs jedem Anstaltsinsassen unabhängig von seinem Alter und von seiner durch die Geistesstörung bedingten rechtlichen Stellung ein.

Bei welcher Behörde soll der Anstaltsinsasse seine Klage vorbringen?

Gewiß besteht bei den öffentlichen Anstalten die Möglichkeit und der Brauch, daß der sich zu Unrecht interniert Glaubende bei der der Anstalt vorgesetzten Behörde, also sofern die preußischen Provinzialirrenanstalten in Betracht kommen, bei der Provinzialverwaltung sich beschweren kann. Diese wird sich der Aufgabe, die Frage der Berechtigung der Anstaltsunterbringung zu prüfen, gewiß nicht entziehen. Aber ich finde, daß damit nicht Genüge getan ist. Denn die Provinzialverwaltung ist Partei.

Von vielen „Irrenrechtsreformern" wird „zur Überwachung der Irrenärzte" eine Laienkommission gefordert, die in erster Linie die Anstalten überwachen soll, eine „Kommission unabhängiger Männer, die das Vertrauen ihrer Mitbürger genießen, nicht nach Fachkenntnissen urteilen, auch nicht durch medizinische Gutachten beeinflußt sind, sondern auf den Augenschein sehen" oder, wie es an anderer Stelle heißt, „eine Kommission unabhängiger Männer, die das Vertrauen ihrer Mitbürger genießen und die ein frivoles Intrigenspiel interessierter Personen leichter erkennen werden, als dies den Ärzten und Juristen möglich zu sein scheint". Der gesunde Menschenverstand soll somit entscheiden, den man, wie der phrasenreiche Entwurf Gambettas sagt, „gar zu lange an der Pforte des finsteren Gebirges zurückgelassen hat, wo die Irrenheilkunde ihre Orakel spendet". Diesen Vorschlag muß ich heute natürlich ebenso bestimmt zurückweisen wie in meiner Bearbeitung des Irrenrechts (S. 265), noch viel energischer die etwaige Absicht, einem Betriebsrat, in dem vielleicht gar noch Kranke sitzen, die Beaufsichtigung der Anstalten zu übertragen. Daß der Laie der Aufgabe, eine Geistesstörung zu erkennen oder auszuschließen, nicht im mindesten gewachsen ist, brauche ich an dieser Stelle nicht zu beweisen. Daß durch die Laienkommission nach den in Amerika gemachten Erfahrungen dem Staate ganz ungeheure Kosten erwachsen, verdient heute, wo von vielen Seiten über eine zu der traurigen Finanz-



lage im schroffen Mißverhältnis stehende Kostspieligkeit des Verwaltungsapparates geklagt wird, erst recht Beachtung. Die zur Erörterung stehende Frage der Berechtigung der Anstaltsunterbringung ist zweifellos eine rechtliche, und schon deshalb ist die Ausschaltung der Juristen für mich unzulässig. Ich muß hier noch darauf hinweisen, daß wohl keiner die Geschworenengerichte so scharf verurteilt hat wie *v. Jhering*, derselbe Jurist, der zu den Unterzeichnern des Kreuzzeitungs-Aufrufes von 1892 gehört.

Ebensowenig reicht auch eine Überwachung durch Psychiater aus, sei es einen einzelnen oder eine Kommission, selbst wenn dieser, um auch das juristische Element an der Entscheidung teilnehmen zu lassen, Richter beigeordnet werden, wie seinerzeit in einem Entwurf zu einem schweizerischen Irrengesetz vorgesehen war. Denn die Entscheidung darüber, ob die Aufnahme oder weitere Unterbringung in der Anstalt gerechtfertigt ist, ist eine Aufgabe ausgesprochen rechtlicher Natur, so daß es zu ihrer Lösung einer richterlichen Entscheidung bedarf.

Ich kann es nicht recht verstehen, wenn sowohl von Juristen wie von Psychiatern diese Ansicht bekämpft wird. Jene heben doch sonst immer hervor, daß die Anstaltsunterbringung im rechtlichen Sinne eine Freiheitsberaubung darstellt, eine Verletzung des höchsten bürgerlichen Rechts. Wenn irgendwo, so ist doch gerade hier die richterliche Entscheidung angebracht. Der Psychiater betrachtet die Anstaltsunterbringung rein vom ärztlichen Standpunkt aus; sie bedeutet für ihn eine medizinische Maßnahme, und er sträubt sich, sich in seine Therapie von den Juristen hineinreden zu lassen. Die rein psychiatrische Stellungnahme ist ebenso einseitig wie die rein juristische. Für die Öffentlichkeit überwiegt der rechtliche Charakter; und wird der Sachverständige gehört und vor allem beachtet, so ist auch der ärztlichen Seite Genüge getan. Urteilt doch auch sonst der Jurist selbständig in Fragen, die eine ausgesprochen ärztliche Färbung tragen, z. B. bei der Entmündigung wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche, bei der Ehescheidung wegen Geisteskrankheit, freilich mit der Einschränkung, daß dem Antrage nur nach Anhörung eines Sachverständigen stattgegeben werden darf. Ich glaube, kein Irrenarzt, der in gerichtlicher Psychiatrie auch nur einige Erfahrung hat, möchte hieran etwas geändert wissen.

Die Frage der Anstaltsunterbringung ist eine Angelegenheit des öffentlichen Rechts. Insofern gehört sie zweifellos vor die Verwaltungsgerichte, ein Standpunkt, über dessen formale Berechtigung kein Wort zu verlieren ist. Mit aller Deutlichkeit ist das übrigens auch von einer Reihe von Juristen, ich erwähne nur *Landsberg*, *Vierhaus*, betont.

Aber meine schon früher erhobenen Bedenken gegen die Zweck-

mäßigkeit der Verwendung der Verwaltungsgerichte kann ich auch heute nicht fallen lassen. Gewiß kennen die Verwaltungsgerichte verschiedene Instanzen. Aber wenn ich auf preußische Verhältnisse Bezug nehme, so traue ich der Polizei nicht viel Verständnis für psychiatrische Fragen und keine große Verschwiegenheit zu, Eigenschaften, die gerade hier im Hinblick auf das Wohl des Kranken oder seiner Familie geradezu gefordert werden müssen. Aus diesen Gründen möchte ich auch, um mit dem ewigen Vorurteil gegen die Gemeingefährlichkeit der Geisteskranken aufzuräumen, die Polizei aus dem Gebiete des Irrenwesens möglichst ausgeschaltet wissen, bis auf die ihr naturgemäß nach wie vor zufallende Aufgabe, die Umgebung des Kranken vor dessen Angriffen und umgekehrt zu schützen, und vor allem, einen Kranken der Anstalt zuzuweisen. In dem Kreisausschuß und dem Bezirksausschuß — und das ist vor allem maßgebend für meinen ablehnenden Standpunkt — sitzen Laien. Ich halte es für höchst bedenklich, diese über Fragen urteilen zu lassen, die so außerordentlich schwierig und heikel sind. Setzen sie doch zu ihrer sachgemäßen Lösung nicht nur ein psychiatrisches, sondern auch ein rechtliches Verständnis voraus, was beides nicht immer bei Ärzten, noch seltener bei Laien vereinigt ist. Kommt der Bezirksausschuß schon selten zusammen, und wird dadurch eine unliebsame Verzögerung der Entscheidung bedingt, so gilt das in noch höherem Maße von der höchsten Instanz, dem Oberverwaltungsgericht, das bei reichlicher Inanspruchnahme sehr überlastet würde. Bereits jetzt muß der klagende Anstaltsinsasse auf eine Entscheidung des obersten Gerichts viele Monate warten, was weder dem Beschwerdeführer noch auch dem Anstaltsleiter erwünscht sein kann.

Ich bin vielmehr der Ansicht, daß die ordentlichen Gerichte mit den drei Instanzen Amtsgericht, Landgericht und Oberlandesgericht den Vorzug verdienen, die trotz mancher Vorwürfe, die gegen sie erhoben werden — ich nenne nur den der Weltfremdheit und Engherzigkeit —, auch in der heutigen Zeit den Ruf völliger Zuverlässigkeit genießen. Meines Wissens ist auch in neuester Zeit kein ernsthafter Einspruch gegen die Unabsetzbarkeit und Unversetzbarkeit der Richter erhoben worden, gegen die bei Beamten so ungewöhnliche Stellung, deren Beseitigung die unparteiische Rechtsprechung für die Zukunft erheblich gefährden würde. Ich glaube, daß dem Rechts-

bewußtsein des Volkes, trotz aller seiner Achtung vor der Unparteilichkeit der Laienrichter, mehr mit der Entscheidung sachlich unabhängiger Richter gedient ist.

Schon früher hob ich hervor, daß ich mit der Hereinziehung der ordentlichen Richter in öffentlich-r chtliche Verhältnisse nach englischem Vorbild (*Levis*) nicht allein dastehe. Auch *Hamm* gibt der richterlichen Kontrolle vor dem Verwaltungsschutz den Vorzug. Ich darf weiter darauf hinweisen, daß wir auch sonst zur Beruhigung der Öffentlichkeit Verwaltungsmaßnahmen unter den Schutz einer Rechtskontrolle stellen, wie beispielsweise die polizeiliche Beschlagnahme. Deshalb halte ich ein gleiches Vorgehen auch hier unbedenklich für zulässig und um so mehr für gerechtfertigt, da es sich um den Schutz der persönlichen Freiheit handelt. Und wenn auch aus formal-juristischen Gründen die Berechtigung bezweifelt wird, die ordentlichen Gerichte mit einer derartigen Aufgabe zu betrauen, so sind es gerade wieder Juristen, die hervorheben, daß die persönliche Freiheit im allgemeinen nur durch richterlichen Spruch entzogen werden kann.

In Preußen sind zurzeit die Verwaltungsgerichte für die Klage wegen ungerechtfertigter Anstaltsunterbringung zuständig, in den Hansastädten die ordentlichen Gerichte. In einem derartigen Falle hat das hanseatische Oberlandesgericht sich für die Entlassung eines Geisteskranken ausgesprochen, obwohl der Sachverständige diesen als anstaltspflegebedürftig bezeichnet hatte. Der Kranke, der sich Unsittlichkeiten mit Knaben hatte zuschulden kommen lassen, beging sehr bald nach seiner Entlassung, wie nach dem Gutachten des Irrenarztes mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten war, wieder eine ähnliche Straftat. Wenn *Hartmann* auf dieses Vorkommnis seine Bedenken gegen die Rechtsprechung der ordentlichen Gerichte stützt, so erscheint es mir wirklich nicht berechtigt, aus einem Einzelfall so weitgehende Schlüsse zu ziehen. Ebensowenig würde ich mich aber auch für berechtigt halten, die Zweckdienlichkeit des Oberverwaltungsgerichts lediglich deshalb in Zweifel ziehen zu wollen, weil eines jüngst in einem mir bekannten Fall eine Entscheidung fällte, die zu manchen Bedenken Anlaß gibt.

Meines Erachtens soll nicht sowohl die formale Zuständigkeit maßgebend sein, als vielmehr die Bürgschaft dafür, daß eine möglichst sachgemäße und richtige Entscheidung schnell getroffen werden kann. Eine solche Bürgschaft scheinen mir aber aus den schon angeführten Gründen die ordentlichen Gerichte eher zu bieten als die Verwaltungsgerichte.

Dies Verfahren vor den ordentlichen Gerichten soll lediglich zu der Frage Stellung nehmen, ob die Anstaltsaufnahme berechtigt war, ob



und warum eine weitere Anstaltsverwahrung notwendig ist, und ob und unter welchen Voraussetzungen der Versuch der Entlassung gemacht werden kann. Ich habe seinerzeit, als ich mich mit dem § 65 des Vorentwurfs zu einem deutschen Strafgesetzbuch beschäftigte, der die Verwahrung der unzurechnungsfähigen oder vermindert zurechnungsfähigen kriminellen Elemente in einer öffentlichen Heil- oder Pflegeanstalt vorsieht, für ein derartiges Verfahren, über dessen Zugehörigkeit zur freiwilligen Gerichtsbarkeit kein Zweifel besteht, die Bezeichnung Sicherungsverfahren vorgeschlagen. *Kolb* hat für das Gericht, dem er die Sicherungsaufgabe zuweisen will, den Namen Schutzgericht empfohlen. Die entsprechende Bezeichnung Schutzverfahren wäre vielleicht mit Rücksicht darauf vorzuziehen, daß sie weniger als der von mir gewählte Ausdruck den Gedanken an die Gefährlichkeit der Geisteskranken wachruft. Anderseits werfen *Baumann* und *Rein* in ihrer kritischen Stellungnahme zu den *Kolb*schen Reformvorschlägen der Irrenfürsorge die Frage auf: „Bedürfen übrigens die Geisteskranken wirklich eines Schutzes vor den Anstalten? Warum nicht: „Irrenfürsorgegerichte“?“

Indes möchte ich einstweilen die Bezeichnung Sicherungsverfahren beibehalten. Über die endgültige Bezeichnung wird ja leicht eine Einigung zu erzielen sein.

Das Sicherungsverfahren ist ähnlich zu gestalten wie das Entmündigungsverfahren, das sich trotz mancher Bedenken und trotz mancher Widersprüche im großen und ganzen bewährt hat. Damit entfällt auch ein Einwand mehr sachlicher Natur, der hier und da gegen die von mir vorgeschlagene Hinzuziehung der ordentlichen Gerichte erhoben wird, nämlich der, daß die Verwaltungsgerichte mehr geeignet und befähigt seien, die Fürsorge- und Schutzbedürftigkeit oder Gefährlichkeit der Geisteskranken festzustellen, ihre Beziehungen zur Umgebung, insbesondere zu ihren nächsten Familienangehörigen darzutun, ihre häuslichen Verhältnisse zu ermitteln usw.; denn in Wirklichkeit handelt es sich hier um Aufgaben, die in ähnlicher Weise die ordentlichen Gerichte bei der Entmündigung zu lösen haben. Das Sicherungsverfahren ist aber grundsätzlich von dem Entmündigungsverfahren zu trennen. Sachlich haben sie gar keine Beziehungen zueinander. Nur prozessual sollen sie sich ähneln, wie ich oben, als ich die Beziehungen zwischen Entmündigungsreife

nnd Anstaltspflegebedürftigkeit erörterte, ausgeführt habe. Ich betone diesen Punkt nur deshalb nochmals, weil *Leppmann* anläßlich der Aussprache zum Vortrage von *Henneberg* mit aller Entschiedenheit betonte, der Widerspruch gegen die Anstaltsverwahrung könne nur in einem reinen Verwaltungsstreitverfahren geltend gemacht werden, gänzlich getrennt von der sonstigen bürgerlichen Gerichtsbarkeit.

Ich habe schon mehrfach mich darüber ausgelassen, wie ich mir das Sicherungsverfahren vorstelle. Es möge genügen, hier nur das Wichtigste hervorzuheben.

Das Sicherungsverfahren wird nur auf Antrag eingeleitet. Dieses Antragsrecht steht uneingeschränkt jedem Anstaltsinsassen zu sowie seinem gesetzlichen Vertreter; dasselbe Recht mag auch dem eingeräumt werden, der zur Stellung des Antrages auf Anstaltsaufnahme berechtigt ist, vielleicht auch jedem, der ein berechtigtes Interesse nachweisen kann. Der Anstaltsleiter ist verpflichtet, dessen Beschwerde unverzüglich weiter zu geben; er hat das Recht, von ihr Kenntnis zu nehmen, und soll wenigstens zu der ersten Beschwerde ausführlich sich äußern. Ich halte es für zweckmäßig, wenn der Beschwerdeführer verlangen kann, auf jeden Fall vor der ersten Entscheidung des Gerichts persönlich in seiner Sache vernommen zu werden. Diese Vernehmung darf höchstens dann unterbleiben, wenn von ihr dauernde, erhebliche gesundheitliche Nachteile zu befürchten sind. Die persönliche Vernehmung soll die Regel sein, weil eine noch so genaue, selbst stenographische Wiedergabe der Vernehmung, eine noch so naturgetreue Schilderung des Verhaltens des Klägers niemals den persönlichen Eindruck ersetzen kann. Deshalb möchte ich grundsätzlich das Amtsgericht des Aufenthaltsortes des Klägers, also der Anstalt, für zuständig erachten. Ich weiß sehr wohl, daß mein Vorschlag eine Änderung gegenüber der ZPO. bedeutet. Denn im Entmündigungsverfahren ist nach § 648 ZPO. das Amtsgericht des Wohnsitzes im juristischen Sinne für die Einleitung (und Durchführung) des Entmündigungsverfahrens zuständig. Mein Vorgehen würde den weiteren Vorteil mit sich bringen, daß das für die Anstalt zuständige Gericht im Laufe der Zeit naturgemäß eine größere Erfahrung und Sachkunde sammeln kann als das Gericht des Wohn-



sitzes, das nur zu vereinzelten Malen mit einer derartigen Rechtsaufgabe betraut wird.

Den Wert der persönlichen Vernehmung schätze ich so hoch ein, daß ich immer bedauert habe, daß von der im § 650 Z.-P.-O. vorgesehenen Überweisung des Verfahrens nicht noch öfter, um nicht zu sagen regelmäßig, Gebrauch gemacht wird, wenn nicht der Wohnsitz auch der Aufenthaltsort ist. Denn das kann man doch wohl getrost behaupten, daß der zutreffenden Beurteilung des Geisteszustandes des zu Entmündigenden eine größere Bedeutung zukommt als der richtigen Würdigung der häuslichen Verhältnisse, daß diese letzteren auch durch andere leichter festgestellt und richtig geschildert werden können als die unendlich verwickelte Persönlichkeit eines Menschen. Eine Änderung des prozessualen Vorgehens in der von mir vorgeschlagenen Richtung würde, unbeschadet der grundsätzlichen Verschiedenheit des Entmündigungsverfahrens und des Sicherungsverfahrens, dem Kranken sowohl wie den Anstalten zugute kommen.

Beschwert sich der Anstaltsinsasse unentwegt, so ist der Richter befugt, den Anstaltsleiter zu ermächtigen, weitere Beschwerden nur in bestimmten Zwischenräumen abzusenden. Es geht selbstverständlich nicht an, dem Anstaltsleiter die Entscheidung in dieser Frage zu überlassen. Ebensowenig darf verfügt werden, weitere Eingaben des Anstaltskranken brauche er nicht abzusenden, wenn sie keine neuen Gesichtspunkte im Vergleich zu den früheren Eingaben bringen, oder wenn sich sein Krankheitszustand nicht geändert hat. Nicht nur, daß ein gewissenhafter Anstaltsleiter dadurch in eine peinliche Lage versetzt werden kann, würde eine derartige Bestimmung die unbedingte Zuverlässigkeit des Verfahrens in Frage stellen. Also das Gericht bestimmt und muß natürlich auch den Anstaltsinsassen benachrichtigen, wie anderseits der Anstaltsleiter von allen gerichtlichen Entscheidungen Kenntnis erhalten muß. Daß dem Beschwerdeführer alle Gutachten und Entscheidungen im Wortlaut mitgeteilt werden, kann unter Umständen weder im Interesse des Kranken noch in dem der Ärzte oder der Anstalt liegen. Man denke nur daran, der Paralytiker in einer Remission erfahre gewissermaßen amtlich, er leide an Gehirnerweichung, an der er unwiderbringlich verblöden oder zugrunde gehen werde.

Der Anwaltzwang soll möglichst eingeschränkt werden; es soll



natürlich dem klagenden Kranken unbenommen bleiben, sich durch einen Anwalt vertreten zu lassen.

Der Staatsanwalt als Vertreter der objektivsten Behörde spielt im Sicherungsverfahren eine ähnliche Rolle wie im Entmündigungsverfahren. Ich darf hier hervorheben, daß gegen die Tätigkeit, die der Staatsanwaltschaft in der preußischen Anweisung vom 26. III. 1901 betreffend die Privatanstalten eingeräumt ist, mancherlei Bedenken geltend gemacht werden können, auf die ich bereits zum Teil eingegangen bin.

Nach § 10 Abs. 3 hat der Vorstand der Anstalt, wenn ein volljähriger Kranker, der weder entmündigt noch unter vorläufige Vormundschaft gestellt ist, schriftlich seine Entlassung beantragt und der Vorstand dem Antrage nicht stattgeben will, den Antrag unter Darlegung der für die Ablehnung maßgebenden Gründe unverzüglich dem für die Stellung des Entmündigungsantrages zuständigen Ersten Staatsanwalt mitzuteilen.

Auch hier wieder die Einschränkung des Beschwerderechts auf Kranke, die volljährig sind und nicht unter Vormundschaft oder vorläufiger Vormundschaft stehen. Der Kranke wird an den Ersten Staatsanwalt verwiesen, und wenn die Anweisung hinzufügt, daß der für die Stellung des Entmündigungsantrages zuständige Staatsanwalt in Betracht komme, so kann das doch eigentlich nur bedeuten oder zum mindesten den Verdacht nahelegen, daß das einzuleitende Entmündigungsverfahren die Berechtigung der Anstaltsverwahrung prüfen soll. Übrigens braucht nach demselben Paragraphen der Anstaltsleiter neue Anträge desselben Kranken nicht abzusenden, „sofern der Antrag neue Tatsachen nicht enthält und sich die Verhältnisse seit der Mitteilung des früheren Antrages nicht geändert haben". Auch dem kann ich, wie ich vorhin betonte, nicht beipflichten.

Der Grundsatz, daß der Richter bei der Findung seines Urteils nicht zur Anhörung von Sachverständigen verpflichtet ist, hat schon insofern eine Durchbrechung erfahren, als eine Entmündigung wegen Geistesstörung oder eine Ehescheidung wegen Geisteskrankheit nicht ausgesprochen werden darf, bevor der Richter einen Sachverständigen gehört hat. Dementsprechend halte ich es auch nicht für zulässig, sondern darüber hinaus für geboten, daß wenigstens in der ersten Instanz, also vor Fällung der ersten Entscheidung, ein Sachverständiger vernommen wird. Sagt doch auch das preußische Oberverwaltungsgericht in seinem Urteil vom 20. April 1914 [1]), daß der Richter die

[1]) Entsch. d. O.-V.-G. Bd. 67, S. 315.



Frage der Anstaltspflegebedürftigkeit „in der Regel nicht unter Übergehung psychiatrischer Wissenschaft und Erfahrung, wesentlich nur auf Grund des persönlichen Eindrucks ....., den der betreffende in der mehr oder minder kurzen Zeit einer mündlichen Verhandlung vor Gericht macht“, lösen kann, natürlich „unbeschadet der Selbständigkeit des richterlichen Urteils“.

Ich gebe ohne weiteres zu, daß diese Maßnahme in manchen Fällen überflüssig ist, wenn die Eingaben des Beschwerdeführers dessen Krankheit auch den Laien ohne weiteres erkennen lassen. Aber das Entsprechende gilt auch für manche Fälle einer Entmündigung. Wenn dennoch der Gesetzgeber eine die freie Tätigkeit des Richters einschränkende Bestimmung erlassen hat, so hat er seine guten Gründe gehabt. Die Zahl der schwerer zu beurteilenden Fälle, die die Heranziehung eines Sachverständigen notwendig machen, überwiegt doch vielleicht, und deshalb ist eine Bestimmung angebracht, die ein- für allemal die Einholung eines ärztlichen Gutachtens anordnet, und die somit dem Richter die peinliche Entscheidung, ob er auf einen Sachverständigen verzichten kann oder nicht, erspart. Dieser Zwang liegt sicher auch im Interesse der Kranken.

Der Richter darf natürlich nicht an das Gutachten des Sachverständigen gebunden sein. Deshalb kann ich auch, zumal der Beschwerdeführer vor der ersten Entscheidung persönlich von dem Richter vernommen werden soll, unbedenklich fordern, daß jedesmal der behandelnde Anstaltsarzt gehört werden muß, auch wenn der naheliegende, fast selbstverständliche Einwand erhoben werden sollte, dieser sei nicht unparteiisch. Mir erscheint es unzulässig, ohne zwingenden Grund auf eine so treffliche Auskunftsquelle zu verzichten. Das Ansehen des Anstaltsarztes in den Augen der Anstaltsinsassen, das gerade für deren ersprießliche Behandlung unbedingt erforderlich ist, würde unter einer Bestimmung leiden, die seine Anhörung grundsätzlich ausschließt, eine Bestimmung, die geradezu als ein amtliches Mißtrauensvotum aufgefaßt werden kann.

Dem Richter muß das Recht eingeräumt werden, noch andere Sachverständige zu vernehmen, falls er es für geboten hält. Auch dem beschwerdeführenden Anstaltsinsassen sowie überhaupt denen, die die Einleitung des Sicherungsverfahrens beantragen können, kann man dieses Recht nicht verwehren, soll die Einrichtung ihren Zweck



erfüllen und vor allem geeignet sein, in weiteren Kreisen das Gefühl der Beruhigung aufkommen zu lassen, soweit es möglich ist. Daß auch die weiteren Sachverständigen über eine ausreichende praktische psychiatrische Vorbildung verfügen müssen, versteht sich von selbst. Man braucht den Einwand eines von mir begutachteten Entmündigten wohl nicht allzu ernsthaft zu nehmen, der alle Psychiater der Welt von vornherein als befangen ablehnte. Aber wer kommt in Betracht?

Ich gestehe offen, daß mir die Beantwortung gerade dieser Frage viel Kopfzerbrechen gemacht hat, und so sehr ich der Versammlung für gute Vorschläge in der Hinsicht dankbar sein würde, so fürchte ich doch, einen restlos befriedigenden Bescheid auch hier nicht zu erhalten, zumal die Verhältnisse in den einzelnen Bundesstaaten zu verschieden sind.

Die andern Ärzte der Anstalt, die den Beschwerdeführer nicht behandelt haben, werden vermutlich als ebenso parteiisch angesehen werden wie die Ärzte der andern Anstalten derselben Provinz oder desselben Bundesstaates. Verfügt die vorgesetzte Behörde über einen Fachmann, der nicht zugleich an einer Irrenanstalt tätig ist, so könnte dieser in Betracht kommen, wenn nicht auch gegen ihn das Bedenken der Voreingenommenheit geltend gemacht würde. Die Leiter der psychiatrischen Kliniken können berufen werden, vorausgesetzt, daß die Klinik nicht eine Anstalt ist, die der Anstalt des Beschwerdeführers gleichartig ist, wie z. B. in Baden, wo die Kliniken und Heilanstalten staatliche Einrichtungen sind und derselben Verwaltungsbehörde unterstehen. Es liegt sehr nahe, an das Medizinalkollegium oder die entsprechende Behörde zu denken, vorausgesetzt natürlich, daß ihr ein Psychiater zugehört. Man kann es doch nicht billigen, daß ein Chirurg, wie ich es einmal erlebte, vor Gericht das psychiatrische Obergutachten des Medizinalkollegiums, in dem kein Psychiater saß, vertritt. Die Erstattung eines Gutachtens über die Berechtigung einer Anstaltsverwahrung gehört zweifellos zu den Aufgaben des Medizinalkollegiums, da es sich um eine Angelegenheit des öffentlichen Interesses handelt. Ist bei der Zentralbehörde des Staates, also dem Ministerium, ein Fachmann angestellt, so würde sich dessen Anhörung empfehlen, freilich nur in besonders schwierigen Fällen, um ihn nicht zu sehr zu belasten und ihn nicht seinen eigentlichen Aufgaben zu entziehen. Eine Einheitlichkeit der Auffassung wird damit gewährleistet. Ich glaube, daß es sich nicht lohnen wird, einen Irrenarzt als besonderen Gutachter gerade für diese Fragen, selbst für einen großen Bezirk, anzustellen; beneidenswert ist sein Amt sicher nicht.

In dem badischen Irrengesetz wird vielfach auf Bezirksärzte als Sachverständige verwiesen. Ich muß gestehen, ich habe gegen die Heranziehung der Kreisärzte oder der Gerichtsärzte doch einige Bedenken. Wenn auch eine gewisse psychiatrische Vorbildung für die Zulassung zum

Kreisarztexamen notwendig ist, so fehlen dem Kreisarzt doch in der Regel, wenn er nicht selber längere Zeit hindurch selbständig oder doch wenigstens in verantwortlicher Stellung an einer öffentlichen Irrenanstalt tätig war, die Fachkunde und die Erfahrung, um eine so schwierige Frage sachgemäß zu erledigen. Freilich wird man mir entgegenhalten können, der für eine öffentliche Anstalt zuständige Kreisarzt oder Gerichtsarzt werde sich im Laufe der Zeit die erforderliche Erfahrung und Kenntnis ebenso aneignen wie der zuständige Amtsrichter und somit in seinen Beruf hineinwachsen. In der Tat hat man in Baden mit der Hinzuziehung des Bezirksarztes gute Erfahrungen gemacht.

Fasse ich alles zusammen, so kann ich nur wiederholen, daß ich eine endgültige Lösung dieser Frage nicht vorlegen kann.

Der Vollständigkeit halber bemerke ich noch, daß ich es für richtiger halte, wenn das Sicherungsverfahren nicht öffentlich ist, um dem Kläger nicht unnötigen Schaden zuzufügen. Möglichst schnelle Erledigung ist geboten, natürlich nicht auf Kosten der Sicherheit; und da ist vor allem auf die Wichtigkeit und Notwendigkeit einer prompten Begutachtung hinzuweisen. Die Kosten des Verfahrens dürfen dem Beschwerdeführer jedenfalls dann nicht auferlegt werden, wenn durch ihre Zahlung sein oder seiner Familie Unterhalt gefährdet wird.

Die Sicherungsbehörde ist auch die Behörde, der ich bei dem Aufnahmeverfahren eines jeden Anstaltsinsassen eine ausdrückliche Mitwirkung (S. 719) zuweise, sei es, daß sie die Aufnahme herbeiführt, sofern ein Antragberechtigter fehlt, oder andernfalls genehmigt, nachdem sie die vorgeschriebene Benachrichtigung erhalten hat; die letztere reicht aus, soweit es sich um eine freiwillig eintretende oder zur Beobachtung eingewiesene Person handelt.

Viele Irrenärzte werden meine Vorschläge zur Sicherung der Anstaltsinsassen gegen ihre ungerechtfertigte Zurückhaltung nicht nur für zu weitgehend, sondern geradezu für unnötig oder für schädlich, für reichlich juristisch halten.

Die böswilligen und arglistigen Freiheitsberaubungen, die uns so oft vorgeworfen werden, muß ich in das Reich der Fabel verweisen. Gewiß kann es einmal vorkommen, daß fahrlässigerweise eine Person der Anstalt übergeben wird, die nicht unbedingt der Anstaltspflege bedarf. Aber dann sind es gerade, wie praktische Erfahrungen gelehrt haben, die Anstaltsärzte, die für die Entlassung sorgen. Vor allem darf nicht übersehen werden, daß auch der Irrenarzt für sich das Recht jedes Menschen, sich einmal irren zu können, in Anspruch nehmen darf. Dennoch schlage



ich ein so scharfes Verfahren vor. Denn ich schätze das Gut der persönlichen Freiheit nicht nur vom rechtlichen Standpunkt, sondern auch aus allgemein menschlichen Erwägungen so hoch ein, daß ich eine strenge, unparteiische, sichere Beaufsichtigung darüber verlange, daß keiner mehr und länger der Freiheit beraubt wird, als es unbedingt notwendig ist. Das beste Verfahren, das den von einer Freiheitsberaubung Bedrohten schützt, halte ich gerade für gut genug; nur muß es unnötige Schädigungen vermeiden.

Man wende nicht ein, daß die Irrenanstalt ein Krankenhaus ist, und die ungewollte Unterbringung in ihr sei ärztlich geboten, also geradezu ein Heilmittel. Das ist gewiß ebenso richtig wie der Standpunkt, daß beim Brand eines Fußes das Leben unter Umständen nur durch Absetzung des Beines gerettet werden kann. Aber dennoch ist der Chirurg nicht berechtigt, ohne Zustimmung des Kranken oder seines gesetzlichen Vertreters diese Operation vorzunehmen.

Ich muß mit dem Einwand rechnen, die Kranken könnten durch das Sicherungsverfahren geschädigt werden. Ich halte diese Gefahr für nicht so groß, wenn nur verhütet wird, daß der Beschwerdeführer durch die Mitteilung der Gutachten über seinen Krankheitszustand benachteiligt wird. Ist denn ernstlich anzunehmen, daß etwa der Kampf gegen eine Entmündigung einen Kranken benachteiligen kann? Tatsächlich gefährdet sind im Sicherungsverfahren höchstens die querulierenden Kranken, also diejenigen Kranken, deren Krankheitsbild durch die Wahnideen rechtlicher Benachteiligung ihre Färbung erhält. Aber gerade hier empfiehlt sich die oben (S. 733) von mir angedeutete Möglichkeit, daß das Gericht entscheiden kann, es werde weitere Beschwerden für einen bestimmten Zeitraum nicht beachten.

Eher möchte ich annehmen, daß viele Kranke die Einführung des Sicherungsverfahrens freudig begrüßen werden, da es in ihnen ein Gefühl der Sicherheit gegen unzulässige Festhaltung wachruft und unterstützt. Dieselbe Wirkung kann es auch in weiteren Kreisen haben, wenn sie nur einer Belehrung zugänglich sind. Dann erwächst der Anstalt in dem Sicherungsverfahren ein rechtlich nicht anfechtbarer Schutz gegen unberechtigte Angriffe.

Manche werden befürchten, daß den Anstalten aus einem derartigen Sicherungsverfahren gar zu viel Arbeit und noch mehr Schererei erwachsen kann. Für die erste Zeit nach dem Erlaß eines Irrengesetzes mag das zutreffen. Aber später, wenn sich herausstellt, daß das Anrufen der Sicherungsgerichte den Anstaltsinsassen doch nicht so oft die von ihnen ersehnte Freiheit bringt, wie die wähnen, welche die Irrenanstalten und die Irrenärzte immer angreifen, wird zunehmend weniger Beschwerde eingelegt.

Auch die Erfahrungen in Baden, wo nach dem Irrenfürsorgegesetz seit zehn Jahren ein dem von mir vorgeschlagenen in mancher Beziehung



ähnliches Verfahren praktisch angewandt wird, lehren das zur Genüge, wie aus den Mitteilungen der Leiter der badischen Anstalten hervorgeht. Für den Umfang der Inanspruchnahme des Beschwerderechts ist naturgemäß nicht nur die Eigenart der Bevölkerung, sondern auch die Beschaffenheit des Krankenmaterials maßgebend, und daß kriminelle Kranke in sehr viel größerem Maße dazu neigen, von ihm Gebrauch zu machen, kann nicht wundernehmen. Nach einer Erklärung des Ministers aus dem Jahre 1912 ist, wie *Moeli* mitteilt, „die erhebliche Arbeit, die für den Verwaltungsgerichtshof entstanden ist, nicht, wie gesagt worden war, als unnötig anzusehen. Die Anstaltsfürsorge für Geisteskranke habe dadurch, daß die Kranken selbst, soweit sie in der Lage sind, ihre Rechte wahrzunehmen, und ihre Angehörigen die Berechtigung der Unterbringung und Zurückhaltung in einer Anstalt, die bezirksamtliche Statthafterklärung oder Anordnung zur Prüfung durch einen Gerichtshof bringen können, eine gute Grundlage erhalten".

Es besteht doch auch schon heute in Preußen die Möglichkeit, eine Beschwerde bei der vorgesetzten Behörde oder eine Klage bei den Verwaltungsgerichten anzubringen; und doch wird verhältnismäßig nur selten diese Möglichkeit benutzt. Auch das hat unlängst *Moeli* betont. Ich persönlich habe stets alle Beschwerden der Anstaltsinsassen abgesandt; erhebliche Weiterungen habe ich daraus kaum entstehen sehen.

Nur dann, wenn jede Sicherheit gegen eine unberechtigte Anstaltsunterbringung geschaffen wird, können wir verlangen, daß das Aufnahmeverfahren so erleichtert wird, wie es das Wohl unserer Kranken erfordert. Gerade diese Gesichtspunkte waren für den Verein bayrischer Psychiater maßgebend, dem *Kraepelin*schen Vorschlage zuzustimmen, eine richterliche Instanz auf dem Wege der freiwilligen Gerichtsbarkeit zu schaffen, die über die Berechtigung der Anstaltsbehandlung wacht.

Für die Beaufsichtigung der Anstalt vom sanitätspolizeilichen Standpunkt aus, soweit also etwa hygienische Maßnahmen, insbesondere gegen Infektionskrankheiten, in Betracht kommen, genügt nach wie vor die Mitwirkung des staatlichen Gesundheitsbeamten, also des Kreisarztes.

Über alle andern Fragen wacht die Verwaltungsbehörde, der die Anstalt unterstellt ist. Natürlich kann auch sie Beschwerden der Anstaltsinsassen über unberechtigte Zurückhaltung entgegennehmen. Auch wenn sie selbst eine Prüfung dieser Angelegenheit vornimmt, muß sie doch die Beschwerde der Sicherungsbehörde überweisen. In

allen andern Angelegenheiten ist die Verwaltungsbehörde durchaus selbständig.

Es empfiehlt sich gewiß, daß der Dezernent die Anstalten in regelmäßigen Zwischenräumen besucht. Der hier und da übliche Brauch, daß der Provinzialausschuß oder eine von ihm ausgewählte Kommission regelmäßig die Anstalten besucht, hat gewiß manches für sich. Ich schlage vor, zu diesen Besichtigungen auch den Richter einzuladen, dem das Sicherungsverfahren unterstellt ist, also den zuständigen Amtsrichter. Ich habe auch keine Bedenken, den zuständigen Regierungs- und Medizinalrat im Hinblick auf den eingangs erwähnten Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt hinzuzuziehen. Diese Revisionen der Anstalten durch den Provinzialausschuß oder seine Kommission haben den großen Vorteil, daß auch Laien, und zwar längere Zeit hindurch dieselben Persönlichkeiten, an der Anstaltsbesichtigung teilnehmen. Wir sehen immer wieder, mit welchen Vorurteilen Laien eine Irrenanstalt betreten; habe ich mir doch erzählen lassen, daß Laienmitglieder einer Irrenkommission — nicht nur bei dem ersten Besuch der Irrenanstalt! — einen geladenen Revolver zu ihrem Schutze mit sich führten! Dieses Vorurteil kann, wenn überhaupt, nur durch eine längere unvoreingenommene Tätigkeit im Irrenwesen beseitigt werden. Eben deshalb kann die Kommission, die die Irrenanstalten besichtigt, nur dann ersprießlich wirken, wenn ihre Mitglieder längere Zeit hindurch an den regelmäßig wiederkehrenden Revisionen sich beteiligen, eigene Erfahrungen sammeln und sich vor allem auch durch Fachkundige beraten lassen, ohne in den bei fast allen Laien gerade in diesem Punkte vorhandenen Fehler einer gewaltigen Selbstüberschätzung zu verfallen.

Diese Ausführungen bringen mich natürlich auf die Besichtigungen der Anstalten durch Besuchskommissionen. Seit dem Alexianerprozeß werden die Privatanstalten durch Besuchskommissionen jährlich mindestens einmal besichtigt. An ihr nehmen teil ein höherer Verwaltungsbeamter, der zuständige Regierungs- und Medizinalrat, der zuständige Kreisarzt und der Leiter einer öffentlichen Irrenanstalt als psychiatrischer Sachverständiger. Laien sind in ihr nicht vorgesehen. Diese Einrichtung hat sich durchaus bewährt. Ihre Einführung wird auch von den Leitern und Ärzten der Privatanstalten sehr willkommen geheißen. Voraussetzung ist natürlich, daß die Befugnisse der einzelnen Mitglieder der Besuchskommission scharf voneinander getrennt werden, soweit es nötig ist. Darüber, ob im Einzelfall eine Geisteskrankheit vorliegt oder nicht, hat der Arzt, also in erster Linie der als psychiatrischer Sachverständiger hinzugezogene Anstaltsleiter, zu entscheiden. Aber über die weitere Frage, ob der als krank erkannte Beschwerdeführer in der Anstalt weiter verbleiben muß oder entlassen werden kann, entscheidet die Kommission im ganzen.



Ich bin der Ansicht, daß diese Maßnahme für die Privatanstalten ausreicht. Die Einführung einer ähnlichen Bestimmung für die öffentlichen Anstalten halte ich nicht für erforderlich, wenn meine obigen Vorschläge, vor allem hinsichtlich des Sicherungsverfahrens, verwirklicht werden.

Ich verhehle mir freilich nicht, daß manche eine Besuchskommission auch für die öffentlichen Anstalten, vor allem unter Mitwirkung von Laien, vielleicht auch noch von Frauen, nachdrücklich fordern werden.

Aber auch diese Erwägung kann mich nicht veranlassen, für diese Neuerung einzutreten, weil meine sachlichen Bedenken gegen die Mitwirkung von Laien viel zu groß sind.

Nur wenn ich gezwungen wäre, würde ich Vorschläge machen und dann eine Kommission empfehlen, die aus drei Personen besteht, aus einem Juristen, einem Arzt und einem Laien. Als Jurist kommt nur der schon oben erwähnte zuständige Amtsrichter, der im Sicherungsverfahren mitwirkt, in Betracht, als Arzt der Psychiater, der im Sicherungsverfahren neben dem Arzt der betreffenden Anstalt als Sachverständiger gehört werden kann. Was den Laien angeht, so muß dieselbe Persönlichkeit längere Zeit hindurch in der Kommission mitwirken, um ihr Gelegenheit zu geben, sich eine gewisse Kenntnis der einschlägigen Verhältnisse zu erwerben.

III. Über die Entlassung kann ich mich nach diesen Ausführungen kurz äußern.

Sie muß erfolgen, wenn sich herausstellt, daß der Aufgenommene nicht geisteskrank ist, oder wenn er geheilt ist, oder wenn sein Zustand sich so gebessert hat, daß er nach der Überzeugung der Anstaltsärzte nicht mehr der Anstaltspflege bedarf. Ebenso muß, wie sich nach meinen früheren Darlegungen von selbst versteht, die Entlassung erfolgen, wenn die Sicherungsbehörde die Genehmigung der Aufnahme verweigert oder wieder zurückzieht. Andrerseits hat die Anstalt das Recht, einen entmündigten oder nicht volljährigen Kranken auch gegen den Willen seines Vormundes zu entlassen, sofern er nicht mehr der Anstaltspflege bedarf und eine durchaus genügende Unterbringung in anderer Umgebung beschafft und gewährleistet werden kann. Immerhin wird der Anstaltsleiter gut tun, sich mit dem zuständigen Vormundschaftsgericht in Verbindung zu setzen.

Der freiwillig Eintretende kann natürlich jeden Augenblick seine Entlassung verlangen. Trägt die Anstalt Bedenken, seinem Wunsche nachzukommen, so muß das regelrechte Aufnahmeverfahren unmittelbar eingeleitet werden.

Das Entsprechende gilt auch für den zur Beobachtung Eingelieferten, falls sich ergibt, daß er geisteskrank ist und noch über die gesetzlich vorgesehene Frist hinaus der Anstaltspflege bedarf; das Aufnahmeverfahren muß dann spätestens vor deren Ende eingeleitet werden.

Was die gefährlichen Kranken angeht, so dürfen diese nach verschiedenen Ministerialerlassen, auf die einzugehen zu weit führen würde, nicht ohne vorherige Benachrichtigung der Polizeibehörde des zukünftigen Aufenthaltsortes entlassen werden. Die Rechtsprechung geht jetzt dahin, daß die Polizeibehörde nicht nur gehört werden muß, sondern auch vor allem das Recht des Einspruchs hat. Erhebt die Polizeibehörde in einem Falle Einspruch, in dem nach Ansicht der Anstaltsleitung Geisteskrankheit nicht mehr vorliegt oder zum mindesten nicht mehr die Notwendigkeit weiterer Anstaltsverpflegung besteht, so muß die Polizeibehörde für anderweitige Unterbringung der Person Sorge tragen. Es erscheint dringend notwendig, Vorkehrungen zu treffen, um die bisher so häufigen unliebsamen Zuständigkeitsstreitigkeiten zwischen Polizeibehörde auf der einen Seite und Anstaltsdirektion auf der andern Seite zu verhüten, und die Frage der Entlassung gesellschaftsfeindlicher Kranken in einer jeden Zweifel ausschließenden Form zu regeln.

Im allgemeinen kann ich nur befürworten, in der Frage der Entlassung möglichst weitherzig vorzugehen. Gewiß macht man dabei ab und zu unliebsame Erfahrungen; manche Unglücksfälle sind zweifellos auf Rechnung einer vorzeitigen Entlassung zu setzen. Nur der, der weiß, wie unverständig Kranke und erst recht deren Angehörige sind, wird es verstehen, daß der Anstaltsarzt, oft genug gegen seine innere Überzeugung, ihrem Drängen nachgibt, nur um die unermüdlichen Bittsteller loszuwerden. Aber ebenso muß auch zugegeben werden, daß der Zustand mancher Kranken sich nach der Entlassung aus der Anstalt erstaunlich bessert. Ich will nicht verschweigen, daß dabei ein derbes Zufassen der Angehörigen oder eine noch eindeutigere mechanische Behandlung manchmal ausgezeichnete Erfolge zeitigt.

Viele Vorzüge hat die versuchsweise Entlassung oder Beurlaubung, die ohne weiteres die Wiederaufnahme in die Anstalt gestattet, wenn der Entlassene sich in der Freiheit noch nicht bewährt.

Manche Irrenärzte möchten grundsätzlich jeden Kranken nur versuchsweise entlassen.

Ich bin am Ende meiner Ausführungen.

In der Aussprache zu meinem Vortrage werden naturgemäß folgende Fragen erörtert werden müssen:

1. Genügt eine Regelung der Rechtsverhältnisse der Geisteskranken in ihrer Beziehung zur Irrenanstalt durch Verwaltungsvorschriften, oder verdient eine solche durch Gesetz den Vorzug?
2. Wenn diese Frage zugunsten einer gesetzlichen Regelung entschieden ist, ist dann eine landesgesetzliche Regelung für die einzelnen Staaten oder ein Reichsgesetz für das Deutsche Reich anzustreben?
3. Welche Angelegenheiten sind dem Irrengesetz, welche den Ausführungsbestimmungen zu überweisen? und wie sind sie am zweckmäßigsten zum Nutzen aller Beteiligten zu regeln?

Hinsichtlich der zu erlassenden Vorschriften für die Aufnahme, Überwachung und Entlassung der Anstaltsinsassen mögen meine Vorschläge Anhaltspunkte geben.

Ist der Verein der Ansicht, daß ein Irrengesetz, wenn auch nur für einen Staat, bereits für die nächste Zeit zu erwarten steht, so ist eine Aussprache zweifellos schon heute nicht nur erwünscht, sondern geradezu geboten. Denn der Deutsche Verein für Psychiatrie muß Wert darauf legen, daß ihm der Entwurf eines Irrengesetzes, und vor allem rechtzeitig genug, zugeht, damit er sich nach eingehender, in aller Ruhe gepflogener Beratung gutachtlich äußern kann. Diese Forderung ist nicht unbillig, am wenigstens in der heutigen Zeit. Denn der Deutsche Verein für Psychiatrie umfaßt die überwiegende Mehrzahl der Irrenärzte und hat, solange er besteht, auch der praktischen Irrenpflege und dem Irrenrecht viel Zeit und Arbeit, manchem unserer Mitglieder vielleicht in zu hohem Maße, gewidmet. Er kann daher beanspruchen, daß er als die gegebene Vertretung derjenigen, die an dem Erlaß eines Irrengesetzes beruflich in erster Linie beteiligt sind, entsprechend den heutigen Gepflogenheiten gehört wird [1]).

[1]) Daß die preußische Regierung diesen Standpunkt teilt, ergibt sich aus der eingangs wiedergegebenen Antwort des Wohlfahrtsministers.

Ist aber ein Irrengesetz nicht so bald zu erwarten, dann möchte ich Ihnen vorschlagen, die von mir behandelten Fragen zum Gegenstand eines Referates für die nächste Hauptversammlung zu machen. Ich würde es dann für sehr zweckmäßig halten, wenn als Korreferent ein mit den einschlägigen Verhältnissen auch praktisch, nicht nur theoretisch vertrauter Jurist ernannt wird. Es wäre dann weiter sehr erwünscht, auch die Dezernenten, die in den einzelnen Bundesstaaten und den Provinzen dem Irrenwesen vorstehen, zu der Versammlung einzuladen. Damit würde eine noch größere Gewähr geleistet, daß auch die rechtliche Seite der zu erledigenden Fragen in sachkundiger Weise berücksichtigt wird [1]).

[1]) Entsprechend dem Antrage des Vorstandes wurde unter Verzicht auf eine Aussprache mein zweiter Vorschlag von der Versammlung angenommen.

Die Neuorganisation der Städtischen Nervenheilanstalt in Chemnitz und einige Bemerkungen über Nervenabteilungen an öffentlichen Irrenanstalten[1].

Von

Professor Dr. **L. W. Weber,**
Direktor der Anstalt.

Die Stadt Chemnitz hatte im Jahre 1905, ebenso wie schon vorher die beiden anderen sächsischen Großstädte, Dresden und Leipzig, eine besondere Anstalt zur Behandlung und Pflege der ihrer Fürsorge unterstehenden Geisteskranken errichtet. Denn die vorhandenen sächsischen Landesanstalten reichten zur Unterbringung der Geisteskranken des Landes weder räumlich, noch nach ihren Einrichtungen aus.

Es war deshalb ein wesentlicher Fortschritt, als sich die junge Großstadt Chemnitz im Jahre 1905 entschloß, ein besonderes „Stadtasyl" zur Behandlung von 125 Geisteskranken zu errichten. Seine mit großer Sorgfalt und Sachkenntnis geschaffenen Einrichtungen (2 zweigeschossige Häuser mit entsprechenden Wirtschaftsräumen, Werkstätten, Anlagen für Gartenbau auf einem schön gelegenen Stadtgut in der Vorstadt Hilbersdorf) sind auch jetzt noch mustergültig. (Vgl. *Hüfler*, Die Städtische Nervenheilanstalt zu Chemnitz. Psych. neur. Wochenschr. 1905, Nr. 28/29.) Entsprechend dem raschen Wachstum der Einwohnerzahl machte sich schon 1910 eine Erweiterung der Anstalt auf 320 Betten nötig. Dazu wurde ein dreigeschossiger Neubau für 200 Kranke beiden Geschlechtes errichtet, der außer-

[1]) Nach einem Vortrag auf der Tagung des Vereins deutscher Irrenärzte in Hamburg im Mai 1920.

dem einen Festsaal, in einem Untergeschoß die große Anstaltsküche und im Keller die Heizanlage und andere maschinelle Einrichtungen erhält. Er war hauptsächlich für „ruhige, nicht bettlägerige. arbeitsfähige“ Geisteskranke bestimmt. Für diesen Zweck hat sich dieser Neubau durch seine Größe, die Notwendigkeit, zwei Obergeschosse mit vollständig ungesicherten Fenstern und Veranden mit Geisteskranken zu belegen, und durch die Zusammenlegung von Krankenräumen mit wirtschaftlichen Einrichtungen in einem Hause nicht besonders geeignet erwiesen. Auch ist eine vollständige Trennung zwischen akuten und chronischen, ruhigen und unruhigen Geisteskranken wohl theoretisch, aber nicht in Wirklichkeit durchzuführen, und wenn man im ganzen nur 320 Geisteskranke in einer Anstalt hat, so finden sich darunter nicht 200, mit denen man „ruhige“ Abteilungen, d. h. solche ohne jede Sicherungsmaßregeln, besetzen kann. Indessen ließen sich mit gutem Willen diese Schwierigkeiten überwinden, zumal das Haus in bezug auf Helligkeit der Räume, Ausstattung mit großen Veranden, Einrichtung sehr günstige Verhältnisse bietet.

So hatte die Stadtgemeinde Chemnitz für ihre Geisteskranken auf Jahre hinaus eine ausreichende Vorsorge getroffen, als im Jahre 1912 der Staat Sachsen auf dem Wege der Gesetzgebung die ganze Irrenfürsorge selbst übernahm. Die vorhandenen Landesanstalten wurden vergrößert und modernisiert, eine neue dazu erbaut und die große Anstalt Dösen der Stadt Leipzig in den Staatsbetrieb übernommen. Die anderen größeren Städte, Dresden, Chemnitz, Plauen leisteten einen einmaligen Geldbeitrag, darunter Chemnitz 1½ Millionen. Der Staat übernahm dafür die Verpflichtung der Anstaltsfürsorge für sämtliche Geisteskranke gegen einen sehr mäßigen, von den Ortsarmenverbänden zu zahlenden Verpflegsatz. Das sächsische Irrenfürsorgegesetz lag namentlich im Interesse der kleineren Städte und der Landgemeinden, die bis dahin keine Möglichkeit hatten, ihre Geisteskranken selbst unterzubringen, und mit der Aufnahme in die Landesanstalten oft sehr lange warten mußten. Von den Großstädten war Leipzig insofern wenig berührt, weil dort ein Teil der akuten geistigen Erkran-

kungen in die psychiatrische Universitätsklinik kam und die nunmehr staatlich gewordene, bisher städtische Anstalt Dösen nach wie vor die Geisteskranken, gewöhnlich aus der Universitätsklinik, aufnahm. Dresden behielt seine Städtische Anstalt die nebenbei der Aufnahme von siechen körperlichen Kranken dient, als Durchgangstation und hatte in der neu erbauten staatlichen Anstalt Arnsdorf die ziemlich nahe gelegene, für Kranke wie Angehörige leicht zu erreichende Unterbringung für die aus Dresden stammenden chronischen Geisteskranken.

In Chemnitz lagen die Verhältnisse insofern schwieriger, als die nächstgelegene Landesanstalt, Zschadraß bei Colditz, mit der Bahn schwer und nur auf Umwegen zu erreichen ist. Die Neuerbauung einer staatlichen Anstalt in nächster Nähe von Chemnitz, die der Staat ursprünglich in Aussicht gestellt hatte, fand nicht statt. Für die Angehörigen der Chemnitzer Kranken ist es daher sehr schwierig, ihre Kranken zu besuchen, und manche Anstaltsbehandlung scheitert daran, daß die Angehörigen ihren Kranken lieber wieder nach Hause nehmen, als ihn nach Zschadraß zu geben, wo sie ihn, namentlich bei den jetzigen erschwerten Reiseverhältnissen, nur höchst selten sehen können.

Außerdem hatte die Stadt die Verpflichtung übernommen, auch in Zukunft eine psychiatrisch voll ausgestattete Beobachtungstation zu unterhalten, in welche Kranke ohne größere Schwierigkeit als bisher aufgenommen werden können. Damit tauchte die weitere Frage auf, was nun mit der 1905 erbauten und seitdem erweiterten Anstalt von 320 Betten überhaupt geschehen solle. Denn die geforderte Aufnahme- und Beobachtungstation für die dann in die Landesanstalt zu überführenden Geisteskranken konnte natürlich sehr klein sein, brauchte im höchsten Fall die 120 Betten der beiden alten Häuser. Dann hatte man den großen Neubau von 200 Betten völlig leer. Die weite räumliche Entfernung von dem allgemeinen städtischen Krankenhaus gestattete auch nicht, die Anstalt als eine bloße Erweiterung dieses Krankenhauses zu verwenden, ganz abgesehen davon, daß in der Zeit des Vertragabschlusses ein 2. sehr groß angelegtes allgemeines Krankenhaus an einem anderen, ebenfalls sehr weit entfernten Punkt der Stadt seiner baulichen Veränderung entgegenging.

Unter diesen Umständen gingen die städtischen Kollegien auf den Vorschlag des Anstaltsleiters ein, die Nervenheilanstalt in der Hauptsache der Bestimmung entgegenzuführen, die durch ihren Namen (als ein Zugeständnis für die Abneigung des Publikums gegen die „Irrenanstalt") angedeutet, aber bisher nicht betätigt war, der Behandlung und Pflege von Nervenkranken. Es wurde vorgeschlagen, die vorgeschriebene Beobachtungsstation für Geisteskranke hauptsächlich in den beiden alten Häusern unterzubringen, das neue Haus aber freizustellen für die Aufnahme von funktionellen Nervenkranken, einzelnen chronisch körperlichen Kranken (hauptsächlich Apoplexien, Rückenmarkerkrankungen) und dort auch eine Beobachtungstation für psychopathische Kinder einzurichten. Die städtischen Behörden haben sich mit diesen Vorschlägen einverstanden erklärt. Ursprünglich dachte man daran, in dem neuen Haus einige bauliche Veränderungen, namentlich Teilung der großen Schlafsäle und Schaffung von mehr Einzelzimmern vorzunehmen. Man wollte zu diesem Zweck aber warten, bis wir bei der neuen Belegung einige Erfahrung über die Bauvorschläge gesammelt hatten. Darüber kam der Krieg, der weitere bauliche Änderungen umöglich machte. Wir haben also in der ursprünglich nur für Geisteskranke bestimmten Nervenheilanstalt seit 1913 eine Mischung von Geisteskranken, organischen und funktionellen Nervenkranken, psychopathischen Jugendlichen und einigen körperlichen Erkrankungen, ohne daß tiefgreifende Veränderungen im Bau oder in den Betriebsvorschriften und in der Verwaltungsordnung der Anstalt vorgenommen wurde.

Ein Bericht darüber, wie sich die Neuorganisation an der Anstalt bewährt hat, scheint mir nicht unwichtig, weil die Frage der gemeinsamen Pflege und Behandlung von Geistes- und Nervenkranken noch nicht entgültig gelöst ist, und weil sie bei der Verarmung unseres Vaterlandes auch in Zukunft brennend werden wird.

Aus den ersten Jahren unserer Umgestaltung konnten keine bestimmten Angaben gemacht werden, weil wir sehr bald durch den Krieg überrascht wurden, der eine Umstellung aller Verhältnisse brachte: in die Anstalt mußte ein Vereinslazarett aufge-

nommen werden und bildete lange Zeit den Schwerpunkt der ganzen ärztlichen Tätigkeit, die außerdem durch dauernden Ärztemangel sehr erschwert war. Erst nach dem Kriegsende kehrten einigermaßen normale Zustände bezüglich der Belegung wieder. Ich gebe aus der Krankenbewegung des Jahres 1919 folgende Zahlen:

Aufnahmen im Jahre 1919:

Psychosen	Neurosen	Psychopathische Kinder	Organische Erkrankungen
427	216	131	105

Im einzelnen ist über den Betrieb noch folgendes zu sagen:

Die Aufnahme und weitere Behandlung der Geisteskranken geschieht in der Hauptsache in den beiden geschlossenen Abteilungen der zweigeschossigen alten Häuser, dort ist das Erdgeschoß mit 3 Krankensälen, 2 Dauerbädern von je 2 Wannen und einem etwas gesicherten Isolierzimmer als Wachtstation für unruhige, erregte Kranke eingerichtet, das Obergeschoß mit ähnlichem Grundriß für eine ruhige Wachtstation und eine Station für Rekonvaleszenten bestimmt. In beiden Geschossen sind außerdem am südlichen und nördlichen Ende kleine Abteilungen von je 6 Betten in 2 Schlafzimmern, Tagesraum, Bad, Klosett bestimmt für die Unterbringung von Klassenpatienten oder anderen Fällen, die man aus verschiedenen Gründen getrennt von den andern Kranken und etwas freier halten will.

Wir haben aber nie die Geisteskranken streng aus dem 3. Haus, der sogenannten freien Abteilung, ferngehalten. Das ging schon während des Krieges deshalb nicht, weil wir einen Teil unseres Lazarettes in der männlichen Aufnahmestation für Geisteskranke unterbringen mußten. Dafür mußten die ruhigen Geisteskranken nach der offenen Abteilung des neuen Hauses verlegt werden. So kam und kommt fortwährend eine Vermischung von Geistes- und Nervenkranken zustande. Maßgebend für ihre Unterbringung ist nicht der — klinisch gar nicht immer streng durchzuführende — Unterschied zwischen Geistes- und Nervenkranken, sondern das soziale Verhalten der Kranken, die größere oder geringere Notwendigkeit der Überwachung.

Unsere Geisteskranken werden auf kurzes ärztliches Attest aufgenommen, können auch im Notfall zunächst ohne Attest aufgenommen werden mit der Verpflichtung, innerhalb der nächsten 5 Tage durch den Stadtbezirksarzt die Notwendigkeit weiterer Anstaltsbehandlung bescheinigen zu lassen. Irgendwelche Schwierigkeiten habe ich aus dieser Bestimmung in 8 Jahren nicht kennen gelernt, während ich aus meiner Tätigkeit an verschiedenen preußischen Provinzialanstalten oft erlebte, wie schwer es war, einen ohne die vorgeschriebenen Papiere unangemeldet gekommenen Kranken aufnehmen zu können. Wenn die Erkrankung,



länger dauert, überführen wir den Kranken nach der Landesanstalt Zschadraß, können ihn aber auch behalten, wenn die Angehörigen oder die Krankenkasse die Verpflegkosten bei uns zahlt. Im Jahre 1919 sind von aufgenommenen Geisteskranken 54 nach Zschadraß oder andern Landesanstalten überführt worden, 70 sind gestorben, die übrigen wurden entlassen.

Die Aufnahme von Nervenkranken in die ursprünglich nur für Geisteskranke bestimmte „Nervenheilanstalt" stieß anfangs von allen Seiten auf Schwierigkeiten. Besonders war das Publikum trotz des beschönigenden Namens der Anstalt mißtrauisch, fürchtete das Zusammensein mit den „Verrückten", wohl auch, daß die Kranken mit Gewalt zurückgehalten oder in die Landesanstalten für „Unheilbare" überführt würden. In den Jahren vor dem Kriege habe ich durch prompte gewissenhafte Begutachtungen der von Berufsgenossenschaften überwiesenen Unfallneurotiker zunächst eine Anzahl solcher Fälle bekommen und damit einen Anfang gemacht; eine Häufung solcher Fälle würde ich aber nicht für erfreulich halten. Dann habe ich durch meine Privatsprechstunde und konsultative Tätigkeit nach und nach Patienten der zahlenden Klassen für die Privatabteilung bekommen. Endlich hat unser Vereinslazarett sicher dazu beigetragen, den Widerstand und das Mißtrauen gegen die Anstalt zu überwinden. Dieses Lazarett war anfangs nur als kleine Station für geisteskranke Soldaten gedacht, um das hiesige Reservelazarett von den dort schwer zu behandelnden geisteskranken Insassen zu entlasten. Aber schon im 2. Kriegsjahr überwies man uns mehr und mehr Kriegsneurotiker, so daß das Lazarett wiederholt vergrößert werden mußte, und seit 1917 war unser Lazarett eines von den 4 oder 5 Neurotikerlazaretten des XIX. A.-K., in denen alle Kriegsneurotiker fachärztlicher Beobachtung und Behandlung unterzogen wurden. Die Behandlung mit Überwachung, suggestiven Maßnahmen, Hypnose und vor allem Beschäftigung zuerst in der Anstalt, dann vom Lazarett aus in industriellen Betrieben der Stadt geschah nach den jetzt durch zahlreiche Publikationen hinreichend bekannt gewordenen Gesichtspunkten und mit gutem Erfolg. Nebenbei wurde aber auch die Anstalt selbst dadurch bekannter, daß die Kranken nicht eingesperrt wurden, sondern zum großen Teil ein- und ausgingen, ungehinderten Verkehr hatten. So nahm allmählich auch die Zahl der dem Zivilstand angehörigen Nervenkranken zu.

Im Jahre 1919 waren, wie oben erwähnt, unter ca. 900 Aufnahmen 320 Nervenkranke. Unter diesen Fällen sind im einzelnen ca. 105 organische Nervenkrankheiten ohne psychische Störungen. Die übrigen gehen unter der Diagnose Neurasthenie, Hysterie, Psychopathie. Zweifellos sind unter unseren Psychopathen, die meist mit der Diagnose „Nervenschwäche", „nervöse Erschöpfung" hereinkamen, eine ganze Anzahl von Fällen, bei denen abnorme psychische Reaktionen im Vordergrund standen, oft starke affektive Ausschläge bis zu Selbstmorddrohungen oder -versuchen; aber



immer doch so, daß man diese Kranken in eine geschlossene Irrenanstalt nicht hätte aufnehmen können. Das scheint mir der größte Vorteil einer solchen gemischten Anstalt zu sein, daß darin diejenigen Psychopathen und Grenzzustände Aufnahme und Behandlung finden, die wegen ihrer psychischen Labilität nicht in den Betrieb eines inneren Krankenhauses passen und dort auch nicht genügend psycho-therapeutisch beeinflußt würden und doch auch nicht so schwer und anhaltend psychisch abnorm sind, daß sie unter die Aufnahmebedingungen einer Irrenanstalt fallen; denn entweder verweigern sie die Aufnahme in eine solche Anstalt, oder die Anstaltsleitung lehnt sie auf Grund ihrer Bestimmungen ab. Oder der abnorme psychische Zustand ist abgeklungen, bis die Aufnahme in die zuständige Anstalt genehmigt ist; das ist dann aber gerade das Krankheitsstadium, das für eine Heilbehandlung, namentlich eine Psychotherapie im Sinne einer Erziehung auf Arbeitsgewöhnung am günstigsten ist und am meisten die Anstaltsbehandlung erfordert.

Wir nehmen die nervenkranken Patienten in die „offene Abteilung" ohne jedes ärztliche Attest auf, wenn sie freiwillig kommen. Ich lasse mich dadurch nicht abhalten, diejenigen, bei denen etwa einmal schwerere Verstimmungs- oder Erregungszustände auftreten, vorübergehend auf die Wachstationen der geschlossenen Abteilung zu legen. Ich habe dies namentlich auch in meinem Lazarett bei den Kriegsneurotikern gemacht, bei denen infolge der starken psychopathischen Grundlage gelegentlich Selbstmordneigung, Erregung, Neigung zum Hetzen auftrat. Dadurch wurden unangenehme Vorkommnisse, wie man sie sonst gelegentlich in Neurotikerlazaretten sah, vermieden, und ich konnte die Disziplin besser wahren, als wenn ich die „Strafbefugnis" gehabt hätte, die man einem leitenden Arzt eines Vereinslazarettes, der keinen militärischen Rang hatte, nicht anvertraute.

Für unsere geisteskranken Insassen ist die Überwachung bezüglich Ausgang, Besuch, Briefverkehr so genau, als man sie eben in einer Großstadt mit häufig wechselndem Krankenmaterial, vielem Verkehr und bei den veränderten Verhältnissen des Achtstundendienstes des Pflegepersonals durchführen kann; ich lege allerdings Wert darauf, daß mit Ausnahme der Besuchskontrolle auch den Geisteskranken die Überwachung möglichst wenig fühlbar gemacht wird. Die Nervenkranken werden in dieser Beziehung gar nicht überwacht. Zur Kontrolle erhalten diejenigen mit freiem Ausgang eine Legitimationsmarke für den Pförtner.

Im übrigen haben wir keine scharfe Trennung der Geistes- und Nervenkranken durchgeführt. Namentlich bei den Spaziergängen in den Anlagen der Anstalt, bei geselligen Unterhaltungen und bei der Beschäftigung in Gärten und Werkstätten sind beide Krankheitsformen nicht getrennt. Ich halte sogar das Zusammensein mit den ruhigen Geisteskranken bei der Arbeit für gewisse Gruppen von Nervenkranken für zweckmäßig. Namentlich die Unfallneurastheniker werden durch das Beispiel der ruhig arbeitenden Geisteskranken auch zur Betätigung ange-



regt und von der beständigen Betrachtung und Erörterung ihrer Beschwerden abgelenkt; andrerseits finden sie an vielen Geisteskranken für ihr Klagebedürfnis gutmütige Zuhörer, die nicht sofort mit ähnlichen Klagen antworten und dadurch alle Beschwerden steigern.

Eine Anzeige der nicht geisteskranken Aufnahmen an den Staatsanwalt erfolgt nicht.

Zu den funktionellen Neurosen bieten die organischen Nervenerkrankungen eine für uns sehr wertvolle Ergänzung: Tumoren, Apoplexien, Rückenmarkerkrankungen verschiedener Art. Obwohl die Anstalt eigentlich nur für die chronischen Fälle bestimmt ist, kommen stets auch frische Erkrankungen, z. B. im letzten Jahre die Fälle akuter Enzephalitis und Polyneuritis nach Grippe.

Endlich haben wir bei der Neuorganisation eine Kinderabteilung, in erster Linie zur Beobachtung psychopathischer Kinder, eingerichtet. Diese Beobachtungsstation soll vorläufig das „Heilerziehungsheim" ersetzen, das uns im Fürsorgeverband Chemnitz noch fehlt. Unsere Kinderstation beschränkt sich aber nicht auf Fürsorgezöglinge. Ich habe von vorn herein Wert darauf gelegt, sie allen den Kindern zu eröffnen, bei denen die Eltern, die Schule oder andere Erzieher Auffälligkeiten im Verhalten, soziale Entgleisungen oder nervöse Störungen beobachten, die nicht lediglich durch „Ungezogenheit" oder eine deutliche Erkrankung, wie angeborener Schwachsinn, zu erklären sind, sondern erst einer längeren Beobachtung bedürfen, bis man Vorschläge für weitere erzieherische oder ärztliche Maßnahmen machen kann. So erhalten wir jetzt neben Fürsorgezöglingen und Beobachtungsfällen des Jugendgerichtes zahlreiche Kinder, bei denen die Lehrer auffällige Zerstreutheit, einzelne Entgleisungen, gelegentlich stärkere Ausschläge der normalen Pubertät, festgestellt haben, ferner kindliche Nervenkrankheiten verschiedenster Art, vor allem Chorea auch in den abgeschwächten Formen, die sich mehr in einem unruhigen psychischen Verhalten kundgeben, oder ähnliche Fälle, die sich dann als Anfangsstadien jugendlicher Psychosen entpuppen, endlich Bettnässer zur Behandlung.

Eine vollständige Trennung der Kinderabteilung von den Erwachsenen können wir der baulichen Verhältnisse wegen nicht aufrecht erhalten. Wenn dies auch in mancher Beziehung wünschenswert wäre, so sind die Aufgaben einer solchen Beobachtungsstation doch auch ohne so scharfe räumliche Trennung durchzuführen. Das habe ich in Göttingen gesehen, wo wir von 1905—1910 vor Errichtung des dortigen Heilerziehungsheims die Beobachtung der Fürsorgezöglinge auch auf den allgemeinen Abteilungen durchführten. In Chemnitz haben wir eine Kinderstation für die unter 12 Jahre alten beiderlei Geschlechts in 2 Sälen einer ruhigen Frauenabteilung untergebracht. Die größeren Mädchen sind über mehrere Frauenabteilungen verteilt; die größeren Knaben, etwa bis 17 Jahre, haben eine etwas abgetrennte Station auf einer offenen Abteilung, die



hauptsächlich für körperlich Kranke oder nervöse Männer bestimmt ist. Es läßt sich aber nicht vermeiden, einzelne Jugendliche vorübergehend oder für längere Zeit auf eine Wachstation zu verlegen, z. B. bei stärker abnormem psychischen Verhalten, ferner bei Fluchtverdacht oder bei sozialen Entgleisungen, sehr insozialem Verhalten, gelegentlich auch zur „Strafe" bei einfachen Ungezogenheiten. Denn ich habe absichtlich davon abgesehen, auf den Kinderabteilungen irgendwelche andere Strafen einzuführen als Verlegung auf eine andere Abteilung, Entziehung von Genüssen, Bettbehandlung. Diese Mittel sind nicht immer ausreichend. Der Nachteil, den durch Einführung einer Prügelstrafe das ganze Niveau der Anstalt erleiden würde (zumal bei dem gegenwärtig so unzuverlässigen Pflegepersonal), erscheint mir aber größer.

Wir haben für unsere Kinder eine Anstaltsschule mit eigenem Lehrer eingerichtet, der die Ärzte auch bei der Beobachtung unterstützt. Neben der Schule legen wir besonderen Wert auf die Beschäftigung der Kinder in Gärten und Werkstätten, auch deshalb, weil auch hier für die Beurteilung wichtige Beobachtungsergebnisse gesammelt werden, namentlich für die Prüfung der „praktischen Intelligenz".

Immer wieder zeigt sich, daß man die Kinder länger als Erwachsene beobachten muß, ehe man zu einem einigermaßen sicheren Urteil über ihren Geisteszustand, ihre intellektuellen, affektiven und moralischen Eigenschaften und zu einer, wenn auch vorsichtigen Prognosenstellung kommen will. 6 Wochen reichen gewöhnlich hier nicht aus, weil die Kinder längere Zeit brauchen, bis sie sich vollkommen eingewöhnt haben und so geben, wie an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort; man muß auch mit den bei Jugendlichen stärker ausgesprochenen periodischen Schwankungen rechnen, die oft in den ersten Wochen der Beobachtung ein ganz anderes Bild zeigen als das, welches sich später darbietet. Über jeden Fall wird dem einliefernden Fürsorgeverband, dem Jugendgericht, dem Lehrer oder den Erziehern ein gutachtlicher Bericht gegeben, der den gesamten normalen oder pathologischen Zustand in intellektueller, ethisch-affektiver Hinsicht festzustellen sucht, die Zurechnungsfähigkeit für etwaige Straftaten, vor allem aber die Frage der weiteren Erziehung oder Behandlung (Aufrechterhaltung der Fürsorgeerziehung, Anstalts- oder Familienerziehung, Berufseignung und Berufswahl), ferner bei den für zurechnungsfähig erklärten die Aussichten einer Bewährungsfrist, endlich die Notwendigkeit und Durchführbarkeit der Entmündigung kurz vor Erreichung des 21. Lebensjahres erörtert.

Wenn also diese Beobachtungsstation für Jugendliche auch nur ein Notbehelf für die Erledigung der Aufgaben eines Heilerziehungsheimes ist, so erfüllt sie doch vorläufig ihre Zwecke ganz gut, vor allem, weil wir vollkommen freie Hand bei der Behandlung wie bei der Aufnahme und Entlassung haben und nicht von andern Faktoren (Geistlichen oder Lehrern oder sonstigen Anstaltsleitern) abhängen.



Die hier geschilderten Krankheitsgruppen: Geisteskranke, organische und funktionelle Nervenkranke, psychopathische Kinder, chronisch körperlich Kranke geben in ihrer Gesamtheit der Anstalt ein recht buntes Bild, m. E. nicht zu ihrem oder der Kranken Nachteil. Das Gemeinsame ist doch, daß bei allen diesen Erkrankungen neben den körperlichen Störungen psychische Veränderungen bestehen, die in Behandlung und Pflege eine besondere Berücksichtigung, besondere Maßregeln erfordern. Dazu bietet die Anstalt mit ihrem Grundcharakter, als eine für geistige Störungen bestimmte und eingerichtete, für die psychiatrische Schulung der Ärzte die beste Gelegenheit.

Ich habe auch bisher nicht die Erfahrung gemacht, daß die aus baulichen Gründen nur mangelhaft durchgeführte Trennung der verschiedenen Krankheitsgruppen nachteilig wirkt. Im Gegenteil finde ich darin einen Vorteil, das man jederzeit nach den durch Belegzahl, Überwiegen einzelner Krankheitsformen bedingten Bedürfnissen einteilen kann. Wir haben beispielsweise während des Krieges nach und nach fast auf den meisten Männerabteilungen auch weibliche Pflege gehabt. Infolgedessen war es möglich, auf den sogenannten Privatabteilungen (wo jeder Patient ein Zimmer bewohnt) Herren und Damen nebeneinander aufzunehmen, was sich öfter aus Gründen der Heiz- und Raumersparnis nötig machte.

Voraussetzung ist natürlich eine möglichst individuelle Behandlung nicht nur in ärztlicher, sondern auch in verwaltungsmäßiger Hinsicht. Man muß freie Hand bei Aufnahmen und Entlassungen haben und auch einmal etwas riskieren können. Der nicht zu große Umfang der Anstalt macht es möglich, daß der ärztliche Leiter sich um diese Einzelheiten des Betriebes und um die einzelnen Aufnahmen kümmern und besondere Maßnahmen mit seiner Verantwortung decken kann.

Es sei noch bemerkt, das wir bei einer durchschnittlichen Belegzahl von 280 Betten und 900 Aufnahmen außer dem Direktor 4 Ärzte haben, von denen einer als Vertreter des Direktors Beamteneigenschaft hat, während die übrigen, zu denen gelegentlich noch ein Volontärarzt oder Medizinalpraktikant kommt, jüngere Kollegen sind, die höchstens 2 Jahre bleiben. Unser



Pflegepersonal beträgt jetzt, nachdem wir den 8-Stundentag durchführen mußten, etwa 1 auf 3 Kranke, während wir früher 1 auf 5½—6 Kranke hatten.

Die vorstehend geschilderten Veränderungen stellen nichts prinzipiell neues dar; auch an Universitätsnervenkliniken hat man ähnliche Mischungen verschiedener Krankheitsgruppen. Aber ich hielt mich zu diesen Mitteilungen für berechtigt, weil ich einmal zeigen wollte, daß man solche Neueinrichtungen ohne besonders große Vorbereitungen und kostspielige Veränderungen in verwaltungsmäßiger oder baulicher Beziehung mit einigem Erfolg durchführen kann, auch wenn die betreffende Anstalt ursprünglich nur für Geisteskranke bestimmt war. Es ist dazu vor allem erforderlich, daß man bereit ist, notwendigen Falls vom starren Schema abzuweichen und auch für einen kritischen Fall einmal ein persönliches Risiko zu übernehmen.

Freilich Stadtasyle, wie unsere Nervenheilanstalt, für die ich in erster Linie diese Kombination tauglich halte, existieren nicht viel und werden leider in den nächsten Jahrzehnten kaum neu entstehen. Die Städte werden froh sein, wenn sie die Fürsorge für ihre psychisch abnormen Kranken auf Staaten oder Provinzen abladen können, auch wenn dabei manche Wünsche unerfüllt bleiben.

Aber wir werden auf dem Gebiet der sozialen Fürsorge für geisteskranke, psychisch oder nervös abnorme Persöhnlichkeiten nur weiterkommen, wenn man diese Fürsorge einheitlich zusammenfaßt; dazu gehört auch die ziemlich ausgedehnte Anwendung der Anstaltspflege. Es muß versucht werden, mit den vorhandenen Einrichtungen auszukommen; denn die Mittel für die Schaffung neuer Anstalten, vollends ganz neuer Gruppen von Anstalten werden auf Menschenalter in Deutschand nicht vorhanden sein.

Auf die Möglichkeit, zu diesen Aufgaben die öffentlichen Irrenanstalten heranzuziehen, habe ich bereits 1917 in einem Gutachten hingewiesen, das ich dem Roten Kreuz wegen errichtung einer besonderen Heilstätte für Kriegsneurotiker erstattete (abgedruckt in der Zeitschr. f. soziale Hygiene und prakt. Med. 1918



Nr. 15), und *Bratz* hat denselben Gedanken neuerdings vertreten (Neurol. Bl. 1920 S. 221).

Die lezten Jahrzehnte vor dem Krieg haben in Deutschland zahlreiche großzügig, modern und beinahe luxuriös angelegte Anstalten für die Behandlung und Pflege Geisteskranker entstehen lassen. Auf sie wird man beim Bedarf von Plätzen für psychisch abnorme, nervöse oder nervenkranke Menschen in erster Linie blicken, zumal in den Jahren während des Krieges eine auffallende, gewiß uns selbst überraschende Entleerung der Irrenanstalten eintrat, die auch jetzt nach dem Friedensschluß noch einigermaßen anhält. Auf die Gründe dieser Erscheinung soll hier nicht eingegangen werden und auch unerörtert bleiben, ob dieser Rückgang der anstaltpflegebedürftigen Geisteskranken von Dauer ist. Jetzt sind zweifellos zahlreiche Plätze in den Anstalten frei; aber auch wenn sich die Anstalten allmählich wieder füllen sollten, so würde doch hier am ersten die Möglichkeit sein, durch Erweiterungsbauten an die vorhandenen Zentraleinrichtungen verhältnißmäßig billig neue Plätze zu schaffen.

Fraglich ist nur, ob die Anstalten sich auch für Nervenkranken eignen, und ob es gelingt, das alte Mißtrauen gegen die Irrenanstalten zu überwinden. Nun, der Versuch bei der Städtischen Nervenheilanstalt Chemnitz hat wenigstens im kleinen gezeigt, daß es geht, und daß es zweckmäßig ist.

Daß die Krankheitsgruppen, welche wir als „funktionelle Neurosen" bezeichnen und, wie üblich, zunächst in Neurasthenie und Hysterie einteilen, meist auf einer abnormen psychischen Veranlagung beruhen und eine abnorme psychische Reaktionsweise darstellen, darüber ist man sich wohl jetzt einig, nachdem die Erfahrungen an den Kriegsneurotikern noch einmal so eindringlich auf diese Tatsache hinwiesen. Damit ist aber gesagt, daß auch bei ihrer Behandlung und — was wenigstens gegenwärtig nicht unwichtig ist — auch bei ihrer Beobachtung und Begutachtung in erster Linie der Psychiater in Betracht kommt. Denn es handelt sich hier eben um Veränderungen der ganzen psychischen Persönlichkeit, von der die einzelnen körperlichen Erscheinungen nur nebensächliche Auswirkungen sind.

Verspricht man sich aber überhaupt etwas von einer Be-



handlung — was wir während des Krieges mit suggestiver Elektrizität, Hypnose und ähnlichen Verfahren gemacht haben, war doch immer nur Beseitigung einzelner auffälliger Symptome, und auch das gelang doch nur unter Zuhilfenahme des „timor campi" —, will man therapeutisch etwas erreichen bei diesen funktionellen Neurosen, so geht das doch nur auf dem Weg einer erziehlichen Arbeitstherapie, bei der andere Methoden aus dem Arsenal der psysikalischen Therapie nur vorbereitende Maßnahmen sind. Die einzelnen Gesichtspunkte einer solchen Psychotherapie, die außer der Beschäftigung vor allem auch in einer Entfernung aus dem gewöhnten Milieu, auch aus dem Krankheitsmilieu bestehen muß, hat ja schon *Möbius* gezeigt, als er mit seinen „Volksnervenheilstätten" auf den alten Klostergedanken hinwies. Aber so weit seine Idee verwirklicht werden konnte, wurde sie doch dadurch etwas beeinträchtigt, daß die meisten dieser Volksnervenheilstätten ein Sammelbecken für zahlreiche Begutachtungsfälle wurden; dadurch entstand in ihnen auch ein suggestives Milieu, aber kein gutes, und in der üblen Bezeichnung „Rentenquetsche" hat diese durch gegenseitige suggestive Beeinflussung gezüchtete Mißstimmung der Kranken ihren Ausdruck gefunden. Sicher nicht bedingt durch Einrichtung, Betrieb und Geist dieser Sanatorien, sondern meiner Ansicht nach ausschließlich dadurch, daß hier eben nur 100 bis 200 Neurastheniker, Hysteriker zusammengehäuft sind, von denen noch dazu ein großer Teil Rentenansprecher sind, auch ein großer Teil neben seiner Neurasthenie und Hysterie andere unangenehmere psychopathische Eigenschaften besitzt.

Es ist auch nicht allein etwa die Rentenbegehrung die hier eine der Heilwirkung widersprechende suggestive Idee abgibt, sondern ich glaube, daß alle „Nervösen" sich gegenseitig mehr beeinflussen als andere Kranke und einander immer wieder auf ihre Beschwerden hinweisen, die wegen ihres subjektiven Charakters auch einer willkürlichen, nicht kontrollierbaren Steigerung fähig sind und leicht von einem auf den anderen suggestiv übertragen werden.

Eine teilweise Vermeidung dieser Mißstände ist nur möglich durch „Verdünnung" des Krankenbestandes an Nervösen, d. h.



sie müssen mit Kranken ganz anderer Art gemischt werden. Mit körperlich Kranken ist dies nicht möglich, weil der Nervöse nicht den dauernden Aufenthalt unter Bettlägerigen nötig hat, und weil dem Krankenhaus für körperlich Kranke auch die zur Beschäftigung Nervöser nötigen Einrichtungen fehlen. Diese finden sich in den Irrenanstalten, und die Geisteskranken in den Irrenanstalten sind geeignet, die Nervösen von der dauernden hypochondrischen Betrachtung ihrer Beschwerden abzulenken. So widersinnig das zunächst klingt, muß einmal darüber gesprochen werden. Daß es sich bei den meisten funktionellen Neurosen um psychisch abnorme Zustände handelt, daß man bei ihnen oft auch mit schwererer Erregung oder Verstimmung rechnen muß, habe ich oben schon erwähnt. Insofern stehen sie den Geisteskranken nahe. Wer freilich sich unter „Geisteskranken" immer nur einen tobsüchtig erregten oder völlig zerfahrenen, immer nur Unsinn redenden Maniacus oder Paralytiker oder Schizophrenen vorstellt, wer auch in der modernen Irrenanstalt nur eine vergrößerte Wiedergabe von Kaulbachs oder Hogarths Bildern sucht, für den klafft ein großer Unterschied zwischen Nervösen und Geisteskranken. Aber wir müssen doch einmal auch den Laien daran gewöhnen, daß es keinen scharfen Unterschied zwischen Geistesgesund und Geisteskrank, sondern zahlreiche Übergangsformen gibt, und daß diese alle, wenn sie sozial versagen, in irrenärztliche Behandlung gehören. Gewiß gibt es in den Irrenanstalten Kranke, die durch ihr Verhalten abstoßend und aufregend auf Nervöse wirken können; aber diese Kranken sind doch meist in den unruhigen Abteilungen. Und ein gelegentlicher Erregungszustand eines sonst ruhigen Geisteskranken wirkt sicher nicht dauernd schädigend auf Neurastheniker oder Hysteriker, die ihn zufällig mit ansehen. Diese kleine Sensation und Unterbrechung der monotonen Tageseinteilung wird manchmal ganz gerne mit in Kauf genommen. Ich habe es öfter erlebt, das nervöse oder hysterische Patienten, auch Damen besserer Stände, die zunächst in der Nähe unseres Wachsaales für Geisteskranke untergebracht waren, immer wieder mit einem aus Gruseln und Neugierde gemischten Gefühl in den Wachsaal zu kommen suchten und nach Verlegung auf die offene Abteilung manchmal

äußerten, „da drüben“ sei es viel unterhaltsamer gewesen. Tatsächlich ist aber der chronisch Geisteskranke in ganz anderer Weise als der Nervöse mit sich beschäftigt, er hat sich seine autistische Welt aufgebaut und verlangt gar nicht darnach, wie der Nervöse, immer andere davon zu überzeugen, daß er krank sei; denn — im Gegensatz zum Neurastheniker, auch Hysteriker — hält er sich gar nicht für krank. Im Gegenteil, er sucht sich mit der Umwelt auf der Basis seiner veränderten Weltanschauung und seines veränderten Ichs abzufinden, und das wollen wir gerade die Nervösen lehren.

Wenn also die nervösen Patienten in einer Irrenanstalt bei Spaziergängen, Unterhaltungen, Beschäftigungen mit chronisch Geisteskranken zusammenkommen, wenn sie auf ihren Abteilungen gelegentlich auch einmal mit einem ruhigen Geisteskranken zusammenleben, so schadet ihnen, ihrem Seelenheil, ihrer Genesung das sicher nichts. Außerdem haben auch die Irrenanstalten in reichstem Maße das, was wir für die Behandlung in erster Linie brauchen: Landschaftlich schöne Lage, große Räume und eine große Anlage, in der man Abwechslung und ein völliges Heim hat, Einrichtungen zur Beschäftigung in Werkstätten, Gärten, Landwirtschaft.

Die gut geleitete Irrenanstalt ist eine Familie im großen, ein „sozialisierter“ Staat im kleinen, wo jeder Insasse eine seinen Kräften entsprechende Aufgabe hat, wo sich in den einzelnen Abteilungen ein behagliches Sonderleben entwickelt und mancherlei heitere und gesellige Unterhaltung und Veranstaltung oft alle Insassen vereinigt. Diese Lebensform wirkt für sich allein schon erziehlich und suggestiv günstig (weshalb auch die in der Anstalt aufwachsenden Kinder der Anstaltsbeamten gewöhnlich recht ordentliche Menschen werden).

Das Bedenken, das von Laien und Ärzten immer wieder gegen das Zusammenleben von Geisteskranken und Nervösen geltend gemacht wird, ist aber gar nicht sachlicher Art, sondern ein unberechtigtes Vorurteil gegen die Geisteskranken und alles, was mit ihnen zu tun hat. Solche Vorurteile müssen einmal überwunden werden, und jetzt ist wohl die Zeit dazu gekommen, weil wir uns den Luxus nicht mehr leisten können, auf der

einen Seite in überfließender Philanthropie die prachtvollsten Anstalten mit Konzert- und Bühnenhäusern für die „Unglücklichsten der Unglücklichen“ unter großen Kosten zu errichten, andererseits diese schönen Anstalten als eine Höhle auf Erden, einen Ort des Schreckens zu bezeichnen oder jedem einen dauernden Makel anzuhängen, der einmal eine Zeit lang in einer solchen Anstalt behandelt wurde.

Damit allerdings überwinden wir solche Vorurteile nicht, daß wir den Irrenanstalten und den Geisteskranken immer neue Namen geben. Was ist da nicht schon alles versucht worden, von den guten alten Worten „irrsinnig“ und „geisteskrank“ über „kranksinnig“, „gemütskrank“ und schließlich „nervenkrank“! Und der Erfolg? Eine Frau, deren Mann infolge einer Hirnblutung gelähmt und ziemlich dement war, unter sich gehen ließ und dauernd überwacht werden mußte, sagte mir ganz entrüstet: „Mein Mann ist doch nicht nervenkrank“, weil er auf dem Wachsaal bei ruhigen Geisteskranken liegen sollte. Mit der Bezeichnung der Anstalten von dem alten „Irrenhaus“ bis zur modernen „Heil- und Pflegeanstalt“ geht es eben so. Es nimmt eben immer die neu gewählte, beschönigende Bezeichnung nach einiger Zeit einen abschreckenden Beiklang für den Laien an: Diese Äußerlichkeiten ändern also an der Sache nichts. Man wird mehr erreichen, wenn man einmal anfängt, die funktionellen Neurosen, statt sie sich selbst zu überlassen, den Anstalten zu überweisen, sobald eine ärztliche Fürsorge für sie nötig ist. Je mehr die Aufnahme in die Anstalt und die Entlassung aus ihr der bürokratischen Maßnahmen und Sicherungen entkleidet wird, desto rascher wird man solche Kranke in die Anstalt bekommen und das Mißtrauen gegen die Anstalten schwinden sehen. In den modernen Anstalten selbst gibt die bauliche Gliederung in zahlreiche größere und kleinere Einzelhäuser Gelegenheit, die Nervösen von den schweren und störend wirkenden Geisteskranken räumlich zu trennen, aber so, daß man durchaus nicht etwa eine besondere Station für sie schafft, sondern sie in der oben angedeuteten Weise mit andern ruhigen Patienten auf einer „offenen Abteilung“ untermischt, deren Insassen man auch sonst größere Freiheiten, z. B. bezüglich freier Ausgänge, Briefkontrolle usw. einräumt. Derartige und andere



„technische“ Einzelheiten lassen sich erreichen und durchführen, wenn man eine möglichst individuelle Handhabung der Verwaltung und Behandlung auch in den Anstalten anstrebt[1]).

Ich glaube auch, daß in einigen Jahren, wenn erst wieder etwas geordnete Verhältnisse bei uns bestehen, die Not dazu drängen wird, die Fürsorge für alle psychisch oder nervös nicht nur Kranken, sondern auch nur Abnormen einheitlich zu regeln. Wir werden doch wahrscheinlich noch auf ein Jahrzehnt hinaus mit „Kriegsneurotikern“ zu tun haben: vielleicht kommen immer noch mehr dazu, die noch nach Jahren Rentenansprüche wegen nervöser Störungen infolge Kriegsteilnahme anmelden. Es geht doch nicht an, allen diesen Leuten solange immer mehr Rente zuzulegen, bis sie halbwegs zufrieden sind. Es muß dann vielleicht durch eine besondere Gesetzgebung ein Zwang zur Behandlung und Beschäftigung eingeführt werden. Dann wird man die Irrenanstalten in erster Linie zu diesen Behandlungszwecken heranziehen müssen. Auch die Familienpflege läßt sich in den Dienst der Nachbehandlung Nervöser stellen, weil sie von einer Familienpflege aus, bei der sie noch einer gewissen ärztlichen Aufsicht unterstehen, leicht wieder in eine Arbeitsgelegenheit hineinkommen. Zwanglos würden sich die nervösen Grenzzustände auch in den Rahmen der allgemeinen Fürsorge und ärztlichen Beaufsichtigung einpassen, die in den Kolbschen Reformvorschlägen vorgesehen ist.

[1]) Daß der ganze Zuschnitt der Einrichtungen und des Betriebes der Irrenanstalten für die Behandlung der Neurotiker und Hysteriker geeignet ist, gibt auch *Hoffmann* in seinem Bericht über die badischen Nervenlazarette (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 25, S. 114) zu, wenn er auch für die Behandlung der zivilen Unfallneurotiker „zwangsweise Aufnahme in eine eigens für Unfall- und Rentenneurotiker eingerichtete Heil- und Arbeitsanstalt nach dem Muster der Irrenanstalten“ fordert. Ich glaube aber, daß die von mir empfohlene Mischung der Neurotiker mit Geisteskranken ermöglicht, die Behandlungsmethoden etwas anders zu gestalten, als sie uns *Hoffmann* in seiner Publikation schildert. Denn diese haben eine bedenkliche Ähnlichkeit mit den vor 120 Jahren von *Reil* empfohlenen phantastischen Arten, und ich habe ja oben erwähnt, daß ich in meinem mit der psychiatrischen Abteilung verbundenen Nervenlazarett auch ohne so brüske Maßnahmen die gleichen und dauernden Erfolge erzielte.



Neben den „Neurosen“ sind es aber die Psychopathen im allgemeinen, die einer besonderen Fürsorge bedürfen. Eine große Gruppe dieser Fälle wird ja durch die Strafgesetzreform besonders in Erscheinung treten: die wegen „geminderter Zurechnungsfähigkeit“ milder bestraften, die dann noch einer sichernden Verwahrung zu überweisen sind. Besondere Anstalten für diese zu schaffen, wie man vor dem Kriege vorschlug, wird jetzt nicht mehr angehen. Man wird sie den Irrenanstalten überweisen, obwohl Zweck und Aufnahmesatzung der Irrenanstalten bis jetzt diese nicht Geisteskranken, sondern nur psychisch Abnormen nicht vorsah, und obwohl gerade diese Elemente keine angenehme Zugabe für die Anstalt und die freie Behandlung sind. Man wird über die erste Schwierigkeit durch Änderung der Reglements wegkommen und auch eine Einigung über die finanzielle Seite der Frage zwischen Staat und Provinzial- oder Kriminalbehörden mit gutem Willen erzielen können. Die andere Unannehmlichkeit läßt sich mildern, wenn man die sehr unsozialen unter den Psychopathen den Verwahrungshäusern überweist; die übrigen werden sich in eine freie Behandlung in den offenen Abteilungen einfügen und wegen ihrer oft guten intellektuellen Fähigkeiten auch ein wertvolles Element bei der Beschäftigung sein.

Endlich scheint mir auch die Gruppe der chronischen organischen Nervenkrankheiten für die Irrenanstalten geeignet. Ein Bedürfnis einer Anstaltspflege für solche und ähnliche Kranke (z. B. chronische Arthritiker, Herzleidende) besteht zweifellos. Denn für viele von ihnen reicht die Familienpflege nicht aus, zumal jetzt, wo die Not auch die Mittelstandsfamilien zur Verkleinerung ihrer Wohnung zwingt, und wo alle Einrichtungen zur Pflege, wie Bäder, besondere Betten fast unerschwinglich werden. Die Gesunden werden in Zukunft auch so intensiv arbeiten müssen, daß sie solche Dauerpflegen bei Familienangehörigen nicht mehr übernehmen können. Von den inneren Krankenhäusern haben nur die ganz großen Siechenabteilungen; den kleineren Bezirkskrankenanstalten, Kreiskrankenhäusern fehlen oft die geeigneten Einrichtungen zur Pflege solcher Kranken. In den Irrenanstalten hat man diese Einrichtungen, und das Personal ist darauf geschult, schon wegen der Pflege der Paralytiker. Außerdem hat man an

einzelnen chronischen Geisteskranken, namentlich auf der Frauenseite; immer Hilfspersonen, die sich an der Pflege, Reinigung und sonstiger Besorgung solcher siecher Kranker beteiligen. Diese chronisch körperlich Kranken bedürfen vielfach auch einer seelischen Beeinflussung, weil sie durch ihr Leiden zum Teil in eine abnorme Geistesverfassung geraten sind: in diesem Sinne sind sie auch ein Objekt der Psychiatrie. Einige von ihnen könnten auch auf den sog. Außenstationen (Kolonien) der großen Anstalten untergebracht werden. weil sie nicht einer täglichen ärztlichen Visite bedürfen. Und die Anstalten sind groß genug, um diese Kranken je nach ihrer körperlichen und geistigen Beschaffenheit auf verschiedenen Abteilungen unterzubringen. Denn es wäre falsch, alle die genannten Kategorien von Kranken getrennt in besonderen Abteilung zusammenzuhäufen. Wir haben ja im allgemeinen auch nicht Abteilungen für Paralytiker. Manisch-Depressive, Schizophrene, sondern gruppieren in der Anstalt auch die Geisteskranken nicht nach ihrer klinischen Diagnose. sondern nach ihrem sozialen Verhalten und der Art der erforderlichen Behandlung oder Pflege.

Die hier angedeuteten neuen Aufgaben der Irrenanstaltsbehandlung sind zweifellos nicht mit einem Schlag durchzuführen; es werden sich verwaltungsmäßige und ärztliche Schwierigkeiten genug bieten. Die Anstaltsärzte selbst werden in der Erweiterung ihrer ärztlichen Aufgaben manchen Vorteil finden: Das ganze vielversprechende Gebiet der Psychotherapie, Hypnose. Suggestionsbehandlung, erzieherischen und Arbeitstherapie hat ja an diesen Grenzzuständen ein dankbareres Objekt als an vielen endogenen Psychosen, und die chronischen körperlichen Kranken geben die erwünschte Ergänzung zur Erkenntnis der organischen Erkrankungen des Nervensystems. Vor allem würde dieser mehr wechselnde Bestandteil der Anstaltsinsassen dazu beitragen, die Anstalt selbst, ihre Beamten und Ärzte dauernd in stärkerer Berührung mit der Bevölkerung zu halten, namentlich auch durch Beratungsstellen für entlassene Kranke, welche als Ergänzung der Organisation geschaffen werden können.

Die verwaltungstechnischen Schwierigkeiten, die sich einer solchen Erweiterung der Aufgaben der öffentlichen Anstalten

entgegen stellen, werden zu überwinden sein bei gutem Willen aller Beteiligten, namentlich wenn man mit dem — bei Verwaltungs- und Justizbehörden gerne eingeschlagenen — Verfahren bricht, daß jede Stelle jede etwas schwierigere Angelegenheit unter formellen Begründungen von sich abzuwälzen versucht, so daß es vor lauter Berücksichtigung der formellen Korrektheit zu einer sachlichen Behandlung der Frage überhaupt nicht kommt. Vor allem muß man bei den beteiligten Stellen die Neigung haben, auch einmal eine persönliche Verantwortung zu nehmen in Fällen, deren verwaltungsmäßige Behandlung nicht nach dem üblichen Schema möglich ist. Dann wird man auf diesem Gebiet das Gewünschte erreichen.

Meine Erfahrungen über die hier erörterten Fragen möchte ich noch einmal zusammenfassen:

An der Chemnitzer Nervenheilanstalt, einer ursprünglich nur für Geisteskranke bestimmten und eingerichteten Anstalt hat sich die gemeinsame Behandlung von Geisteskranken und funktionellen und organischen Nervenkranken ohne erhebliche verwaltungsmäßige oder bauliche Umgestaltung einführen lassen und bis jetzt bewährt.

Eine ähnliche Einrichtung wird für die großen Landes- und Provinzialanstalten vorgeschlagen: Sie haben Plätze frei, sind wegen ihrer landschaftlichen Lage, der baulichen Einrichtungen der Behandlungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten und der besonderen Ausbildung der in ihnen tätigen Ärzte besonders für die Behandlung funktioneller Neurosen und Psychopathen geeignet.

Ein Bedürfnis für Anstaltsbehandlung der funktionellen Neurosen einschließlich der Unfall- und Kriegsneurotiker, sowie anderer Psychopathen ist vorhanden, während die Neuschaffung von Anstalten in Zukunft erschwert sein wird. Die funktionellen Nervenkranken, namentlich die Unfallneurotiker bedürfen bei ihrer Anstaltsbehandlung auch zweckmäßig einer Vermischung mit andern Kranken, weil sie für sich allein sich ungünstig suggestiv beeinflussen. Zu dieser Vermischung und Verdünnung eignen sich die chronischen Geisteskranken, soweit sie ruhig und einigermaßen sozial sind. Man kann also die Nervenkranken auf einzelnen Abteilungen der Anstalten mit solchen zusammenlegen.



Die funktionellen Neurosen haben in allen Fällen in erster Linie psychotherapeutische Behandlung, einschließlich einer Erziehung zur Beschäftigung nötig; in vielen Fällen treten bei den Neurotikern mit stark psychopathischen Einschlägen Verstimmungs- oder Erregungszustände auf, welche vorübergehende Wachstationsbehandlung nötig machen, wozu in den Anstalten gleichfalls die Einrichtungen vorhanden sind. Ebenso kann die an manche Anstalten angegliederte Familienpflege zur Übergangsbehandlung der Nervösen vor ihrer definitiven Entlassung herangezogen werden.

Die fiskalischen oder verwaltungsmäßigen Schwierigkeiten einer solchen Unterbringung nervöser und psychopathischer Personen in Irrenanstalten sind zu überwinden in Rücksicht auf die durch unsere wirtschaftliche Lage gebotene Notwendigkeit, alle Fürsorgebestrebungen zu vereinheitlichen. Die Durchführung dieser Vereinigung würde auch die noch bestehende Abneigung gegen Geisteskranke und Anstalten für Geisteskranke bekämpfen.



Zur Theorie der Entfremdung der Wahrnehmungswelt.

Von

Paul Schilder.

Die Entfremdung der Wahrnehmungswelt ist ein Teilstück des Bildes der Depersonalisation. Dem Depersonalisierten ist nicht nur das eigene Ich mit seinem Fühlen, Denken, Wollen unheimlich geworden, sondern auch seine Wahrnehmung ist verändert. Die Welt erscheint ihm fremd, obwohl er sehr gut erfaßt, daß sie unverändert geblieben ist. Diese Entfremdung der Wahrnehmungen steht im Vordergrunde des klinischen Bildes des Falles, der zur Grundlage der Erörterung dienen soll. Es handelt sich um eine epileptische Psychose, die im Anschluß an gehäufte Anfälle auftrat [1]).

Paula Walla, 35 Jahre alt, in die psychiatrische Klinik der Universität Wien aufgenommen am 17. III. 20, in die Landesirrenanstalt verlegt am 8. IV. 20.

Vorgeschichte (nach den Angaben einer Schwester): Mutter im Dezember gestorben, der Vater vor sehr langer Zeit. Mit dem Stiefvater vertrug sie sich schlecht, auch dieser ist schon gestorben. Die Pat. hat gut gelernt, kam vor 15 Jahren nach Budapest, blieb dort 5 Jahre. Sie war Schankkassiererin und Erzieherin. Vor 14 Jahren bekam sie ein Kind. Seit 4—5 Jahren leidet sie an Anfällen, bei dem ersten stürzte sie aus einem Eisenbahnwaggon. Vorher hat sie nie Anfälle gehabt. Die Anfälle verlaufen folgendermaßen: Die Pat. beginnt zu schlucken, dann schaut sie starr, blickt hierauf nach rechts oder links, plötzlich stürzt sie mit einem Schrei zusammen. Dann kommt ein „Reißen" in beiden Körperhälften. Wiederholt Verletzungen, Zungenbisse, Urinabgang. Anfälle zwei- bis dreimal wöchentlich, in der letzten Zeit mehrmals am Tage. Vor der Einlieferung in die Klinik eine Serie von Anfällen. Hierauf traten (2 Tage vor der Aufnahme) die Klagen über die Entfremdung der

[1]) Die Literatur der Depersonalisation und auch ihrer Beziehungen zur Epilepsie 1. meine Monographie (S. 134 f.): Selbstbewußtsein und Persönlichkeitsbewußtsein. Springer, 1914.

Wahrnehmungen auf. Geistige Störungen sind vorher nie beobachtet worden. Doch ist die Pat. seit einem Jahre vergeßlich, auch etwas reizbar; mit dem Bruder, bei dem sie lebt, vertrug sie sich jedoch gut. Zwei Geschwister gesund. Einige Geschwister starben im jugendlichen Alter.

Die körperliche Untersuchung sei vorausgeschickt. Die rechte Pupille etwas verzogen. Augenhintergrund, Sehschärfe, Gesichtsfeld, Gehör, Vestibularapparat, Geruch, Geschmack, Sensibilität völlig intakt. Innere Organe o. B.

Das psychische Bild kann bis zur Zeit des ersten Anfalls in der Klinik (25. III.) zusammenfassend beschrieben werden. Die Pat. ist ruhig und geordnet. „[Wissen Sie, wo Sie sind?] Ich kann's nicht recht glauben, daß ich im Spital bin. Es macht einen Eindruck, als ob alles künstlich wäre! Man hat mich von irgendwoher gebracht. [Was ist künstlich?] Die Gegenstände, es schaut so aus, wie wenn es ein Puppenzimmer wäre .. im Kopf hab ich so wie ein Sausen ... Gestern hab ich eine Feuerwehr mit Regimentsmusik gehört ... Zuhaus hab ich jemanden nicht erkannt, der ein alter Bekannter war." Als sie auf einen lila Mantel gewiesen und gefragt wird, welchen Eindruck er mache: sie sehe ihn nicht anders als sonst. „Aber das Gesamte macht einen andern Eindruck." Gegenstände kommen ihr weder größer noch kleiner, weder entfernter noch näher vor als sonst, „aber sie sind so, als wenn sie für Puppen bestimmt wären". „Mir kommt es vor, wie wenn ich in einer andern Welt wäre, als wenn ich ganz wo anders wäre ..." (zum Arzt) ... „Ihre Gesamtperson macht auch einen künstlichen Eindruck auf mich, als ob Sie hölzern wären, auch die Krawatte ist wie aus Holz ... Ihr ganzer Kopf kommt mir so künstlich vor. Gestern hab ich die Feuerwehr so stark blasen gehört. ... Ihre Haare sind auch wie künstlich, als ob sie künstlich erzeugt wären ..." Pfeifen und Sprechen des Ref. kommt ihr natürlich vor. Im Kopfe hört sie starke Maschinen. „Auch im Ohr hab ich ein starkes Geräusch." „Auch die Hände kommen mir künstlich vor, wenn ich sie anschaue." Gegenstände, die ihr bei geschlossenen Augen in die Hand gelegt werden, erkennt sie. Sie kommen ihr auch merkwürdig vor, sie hat das Sausen im Kopfe, deswegen kann sie es nicht genauer sagen. Im Herzen hat sie starke Schmerzen. Ihr eigenes Spiegelbild macht ihr den Eindruck, „als wenn es künstlich wäre". „Meine Sprache kommt mir fremd vor." Stiche werden am Körper normal empfunden. Auch der Geschmack des Brotes ist normal. An den Ausscheidungsfunktionen und am Gemeingefühl hat sie nichts bemerkt. „Jetzt hab' ich ein paar Tage keinen Appetit gehabt." Klagen über Hitzeempfindungen im Körper. Klagen über Schwindel. Bei geschlossenen Augen: „[Wie kommt Ihnen Ihr Körper vor?] Fremd, wie wenn's gar nicht ich wäre ... als wenn's eine andere Person ... [Wieso?] Weil mir alles einen fremden Eindruck macht." „Alles macht einen fremden Eindruck, aber nicht deshalb, weil ich noch nicht da war." Auch das bei Augenschluß vorgestellte Zimmer, das Gesicht ihres



Bruders, die Wohnung zu Hause machen den Fremdheitseindruck. [Haben Sie ihre Verwandten gern?] „O ja, sehr, ich hab einen Bruder und eine Schwester. [Eltern?] Mein liebes Mutterl ist jetzt erst gestorben.“ Die Empfindung der Liebe zum Bruder und zur Tochter ist unverändert.

Beim Denken hat sie nicht den Eindruck, daß ihre Gedanken ihr fremd seien. Über Störungen des Wollens und Handelns klagt sie nicht.

Der Zustand ist ihr unangenehm. Sie hat jetzt keinen Kummer. Sie soll versorgt werden. Auf Frage, wie sie heute geschlafen habe: wisse sie nicht, „ich glaub', ich hab' Illusionen gehabt“. Die Stunden vergehn ihr im Spital langsam, weil sie keine Betätigung hat.

Während der Untersuchung, insbesondere nach dem Drehen auf dem Drehstuhl, kommt es zu myoklonieähnlichem Zusammenzucken in den großen Gelenken. Es ist ein Zucken und grobes, kurzes Schütteln vorwiegend im Arm und in den Schultergelenken [1]). Häufig schnippt sie mit den Fingern, macht Wischbewegungen. Stocken im Sprechen, Ringen nach Worten, Schnalzen mit der Zunge.

An Ereignisse vom ersten Tage nach der Aufnahme kann sie sich auch am nächsten Tage gut erinnern. Reproduziert Worte des Vortragenden aus der Vorlesung. Auch an ein Bild, das ihr am Vortage gezeigt wurde und gleichfalls einen unnatürlichen Eindruck gemacht hatte, kann sie sich in allen Einzelheiten gut erinnern.

Im Wesen zeigte die Pat. die süße, salbungsvolle Freundlichkeit der Epileptischen. Sie hielt lange die Hand des Ref. An eine Diakonissin, welche ihr versprochen hatte, sie zu sich zu nehmen, richtete sie einen zärtlichen Brief. Frömmelnd.

Die Pat. hatte fortwährend ganz kurzdauernde Halluzinationen, es war wiederholt möglich, sie während des Halluzinierens zu beobachten; zum Teil waren es, wie wir berichteten, solche akustischer Art, sie hört Klavierspielen, „als ob jemand über die Tasten wischte“. Einen Tag nach den Anfällen habe sie Grammophonspielen und eine Männerstimme

---

[1]) Dieses Schütteln war zweifellos organisch bedingt, war aber willkürlich unterdrückbar und psychisch auslösbar und verstärkbar. Es scheint sich um einen organischen Kern zu handeln, der funktionell verarbeitet werden kann. Ich glaube, daß die Untersuchung derartiger Erscheinungen einen neuen Weg zu der Frage der Hysteroepilepsie bahnen könnte, ich habe (in Gemeinschaft mit *Lauterbach*) einen der Myoklonusepilepsie verwandten Fall gesehen, bei dem der Myoklonus starr, funktionell nicht beeinflußbar war, in einem andern Falle waren myoklonische Zuckungen vorhanden, die aber der ganzen Art nach eine freie Bearbeitung eines organischen Unbehagens zu sein schienen, das zu andern Zeiten — annähernd präparoxysmal — zu einer hysterischen Astasie - Abasie gestaltet wurde.



singen gehört. Auch heute (11. III.). „Man singt mir in die Ohren ... ich sehe niemanden, es singt auch wirklich niemand ins Ohr, aber ich höre es ... ich höre immer, „wer uns getraut". Vorwiegend sind es jedoch optische Halluzinationen. Meist sieht sie sich so bis 15 Jahre zurückversetzt in den Straßen von Budapest. „Ich bin immer in früherer Zeit — so vor vielen Jahren — einmal in der Stadt, einmal am Land ..." Sie sieht auch dunkle Flecken, die wohl Menschen sind. Einmal sieht sie auch die Gumpendorferstraße.

Während dieser jäh auftauchenden und verschwindenden Halluzinationen versinkt ihr die Umgebung. Sie klagt nie spontan, daß die halluzinierten Situationen den Fremdheitseindruck machen. Sie betont sogar oft, daß alles so „natürlich" war. Gefragt, sagt sie jedoch manchmal, auch die Halluzinationen hätten Fremdheitseindruck gemacht. Diese Halluzinationen sind ein Wiederauftauchen früher erlebter Situationen, sie fühlt sich dann selbst in jener früheren Situation.

Über ihren Aufenthalt in Budapest ist zu eruieren: sie hat ein Verhältnis gehabt. Ihr Kind hat sie von einem Manne, den sie nur flüchtig kannte. Sie wollte sich einmal in die Donau stürzen. Sie denkt an den Budapester Aufenthalt als an eine glückliche Zeit. Seit Budapest hat sie keine Verhältnisse mehr gehabt.

Während der ganzen Zeit klagt sie über Schwindel, Ohrensausen, Gefühl, als ob das Gehirn geschwollen sei.

Häufig träumt sie. Die Träume sind entweder Bewegungsträume: offenbar Umsetzungen des Schwindels [1]), ist auf einem Schiffe, bei Eisenbahnfahrt, oder es sind Träume von der Mutter, sieht auch Eßsachen, ein Glas saure Milch und dergleichen.

Es muß hervorgehoben werden, daß der Fremdheitseindruck offenbar Schwankungen unterliegt, gelegentlich mustert sie den Ref., lächelt, meint dann, er komme ihr so komisch und unnatürlich vor. Man hat den bestimmten Eindruck, daß irgendein unbekanntes Agens den Fremdheitseindruck oszillierend verstärkt. Auch die Halluzinationen, deren Typus ja einer Aura weitgehend entspricht, kommen serien- und stoßweise. Auch das Zusammenzucken, die Sprachstörung, das Schnalzen mit der Zunge wechseln. Gegen den 25. zu nahmen die Parästhesien zu. Unangenehme Herzsensationen drängten sich besonders stark auf. Der Anfall beginnt mit stoßweisem Schreien, es folgt ein Streckkrampf und klonisches Zittern. Kurze Dauer, nachher Mattigkeit. Nach dem Anfall sind Fremdheitseindruck und Halluzinationen schwächer. Neue Parästhesien. Fortwährende Klagen über Herzbeschwerden.

Am 30. III. während der Menses zwei Anfälle; am 31. III und 1. IV. gleichfalls Anfälle. Klagen: es sei ihr schlecht vorm Herzen. Am 2. IV.

[1]) Vgl. *Federn*, Über zwei typische Traumsensationen. Jahrb. f. Psychoanalyse 4, 89.

jammert sie: „Ich seh' ja gar nichts; es ist, als ob mir jemand andre Augen eingesetzt hätte, ich seh' so wenig, das Zimmer auf einmal kann ich nicht sehen. Es zieht mir die Augen zusammen, ich muß mir immer drüber wischen." Liest *Jäger* 1. Erkennt Farben, hat keine Skotome, betont immer wieder, sie könne nicht sehen, weil sie das Gefühl habe, daß es ihr die Augen zusammenziehe. Sie sage, sie habe das Gefühl gehabt, sie werde nicht lesen können. „Ich sehe alles ganz anders." „Das Zimmer kann ich nicht so anschauen, nur einzelne Teile mehr." „Als wenn ich mir ein anderes Schauen angewöhnt hätte, nach einem andern System schauen würde ..." „Als wenn es die Augen zusammenziehen möchte." „Es ist im Zimmer alles so eigentümlich." Das sei aber jetzt etwas anderes als der frühere Fremdheitseindruck, „weil ich spüre, daß es mir die Augen zusammenzieht." Die Störung dauert nur kurz, dann wieder „Anfälle von Herzgefühlen" und starker Schwindel, der sich auch in starkem Taumeln äußert. Sie ist reizbar, empfindlich. Ungeheilt in die Landesirrenanstalt.

Es handelt sich also um einen Fall von Epilepsie. Im Anschluß an gehäufte Anfälle erscheint die Welt fremd und sonderbar. Der Fremdheitseindruck ist ein oszillierender; er ist mehr als eine Woche hindurch zwar dauernd vorhanden, tritt jedoch bald stärker, bald schwächer hervor. Das Außenbild des eigenen Körpers wird meist gleichfalls „entfremdet", ebenso die Vorstellungen. Gefühle, das Denken und das Wollen bleiben ihr jedoch vertraut. Über Abänderungen der Gemeinempfindung klagt sie nicht. Die Entfremdung von der Wahrnehmungswelt wird von der Pat. scharf unterschieden von dem tatsächlichen „Fremdsein". Änderungen der Größe und Entfernung der Gegenstände fehlen. Eigenartige Körpersensationen stets nachweisbar, ebenso Schwindel. Halluzinationen von Auracharakter, Szenen, die viele Jahre zurückliegen, plastisch darstellend; daneben brechen akustische Trugwahrnehmungen zeitweise hervor und geben dem Bilde ein besonderes Gepräge. Motorische Erscheinungen zwischen funktionellem Zusammenzucken und Myoklonie stehend. Halluzinationen, Fremdheitseindruck, Zucken treten nach einem epileptischen Anfall zurück. Aus den späteren Bildern ist eines hervorzuheben, in dem eine Parästhesie im Außenbereich der Augen bei der Patientin den Eindruck erweckt, sie sei blind, obwohl die Sehschärfe intakt ist.

Mit den Fällen von *Krishaber*, *Janet*, *Geißler*, *Seglas* und *Hesnard* [1]) zeigt die mitgeteilte Beobachtung, daß die Entfremdung der Wahrnehmungswelt nicht als Folge irgendwelcher Gefühlsstörungen ange-

[1]) l. c. S. 96.



sehen werden darf. Auch Störungen der Gemeinempfindungen sind nur in Form von Parästhesien vorhanden. Auch dieser Fall zeigt also, daß die Entfremdung der Wahrnehmungswelt nicht beruht auf einem Ausfall oder einer Schädigung irgendwelcher psychischen „Elemente“ [1]). Auch in diesem Falle beruht also die Entfremdung der Wahrnehmungswelt auf einer Unvollständigkeit des Wahrnehmungsaktes selbst. Der Wahrnehmungsakt ist widersprochen.

Der Widerspruch ist in diesem Falle nicht einfühlbar verständlich geworden. Er ist vertreten durch jähe, stoßweise einbrechende Halluzinationen und durch Parästhesien. Die Pat. fühlt sich in den Halluzinationen um 10—15 Jahre zurückversetzt in diejenige Zeit, in welche ihre Sexualbetätigung fällt; diese Anhaltspunkte sind zu vage, um einen verständlichen Zusammenhang auch nur zu vermuten. Es muß aber immer wieder betont werden, daß in einer Reihe von Depersonalisationsfällen dieser Zusammenhang gegeben ist. Ich habe erst jüngst eine derartige Beobachtung analysiert [2]). Auch das Zeugnis eines Dichters sei angerufen. Romain Rollands Johann Christof [3]), von den Wünschen und Gedanken der Pubertätszeit gequält:

„Alldieweil ging er seinem Berufe nach, tat seine Pflicht.“ ... „Er schaute verblüfft auf die grinsenden Masken, die ihn umgaben, und er begriff nichts mehr. Er fragte sich: Was für ein Zusammenhang besteht zwischen diesen Wesen und ... ? Er wagte es nicht einmal auszusprechen: und mir? Denn er wußte nicht mehr, ob er überhaupt existiere. Er sprach, und seine Stimme schien aus einem andern Leibe zu tönen. Er bewegte sich und sah seine Gebärden wie von ferne — von hoch oben —, von einer Turmspitze ...“

Dichter sind ja die berufenen Darsteller verständlicher Zusammenhänge, deshalb ist es wesentlich, wenn sich ein vermuteter psychischer Erlebniszusammenhang einleuchtend dargestellt findet [4]).

Im vorliegenden Falle vertreten also Parästhesien und Halluzinationen den inneren Widerspruch. Auch der Schwindel ist hier anzuführen. Besonders beachtenswert ist jene Entfremdung des Sehens,

[1]) l. c. S. 104.

[2]) Psychogene Parästhesien. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 64, 1919, S. 221; auch l. c. 111 ff.

[3]) Bd. I, S. 338 der Übersetzung von *O.* u. *E. Grautoff*. Rutten u. Loening.

[4]) Über das Methodische eingehender: Gesichtspunkte zur Allgemeinen Psychiatrie. Arch. f. Psych. 59, 1918, S. 699.



welche der allgemeineren Störung der Wahrnehmung folgte, die sich durch Parästhesien in der Augengegend „bedingt“ erwies. Man darf Schwindel, Halluzinationen, Parästhesien als den direkten Ausdruck des epileptischen Hirnprozesses ansehen, der sich außerdem noch in dem eigenartigen Zusammenzucken äußert. Alles das sind Auraerscheinungen, und es ist vielleicht erlaubt, den inneren Widerspruch gleichzusetzen einem chronisch durchbrechenden epileptischen Anfall.

Dann ist aber eine Brücke gegeben zwischen „psychologischen“ und „somatischen“ Störungen des Erfassungsaktes [1]). Es ist nun eine Störung des Erfassungsaktes schwer denkbar bei intaktem „Rohmaterial“ der Wahrnehmung, wenn man nicht eine Abänderung motorischer Einstellungsmechanismen annimmt. *Jaensch* [2]) hat nicht nur auf die ungemeine Rolle der Aufmerksamkeitsschwankungen und der mit ihnen verknüpften Augenbewegungsimpulse für die Wahrnehmung der Raumdimensionen verwiesen, sondern er hat auch vermutet, daß auch der Eindruck der Realität der Welt von ähnlichen Bedingungen abhänge. Es ist hierbei besonders zu beachten, daß es nach ihm keiner Analogien und Hypothesen bedarf, um Strebungen und Willenserfahrungen im Gebiete des Gesichtssinnes nachzuweisen, da es sich bei der Analyse der Gesichtswahrnehmung herausgestellt hat, daß zum Zustandekommen der Tiefenwahrnehmung Wandlungen der Aufmerksamkeit und Blickbewegungsimpulse unerläßlich sind. Hier wäre also ein Punkt gegeben, wo sich die Wirksamkeit von (verständlichen) Triebeinstellungen ebenso geltend machen müßte wie eine organische Schädigung der Augenbewegungsimpulse. *Jaensch* hat auch bereits die Erfahrungen an Depersonalisierten durch seine sinnesphysiologischen Ergebnisse zu erklären versucht [3]). Vermerken wir

---

[1]) Vgl. l. c. S. 138 ff.

[2]) Über die Wahrnehmung des Raumes. Ergänzungsband 6 der Zeitschr. f. Psych. 1911.

[3]) Über die Wichtigkeit des motorischen Elements beim optischen Erfassungakt s. auch die Arbeiten *Poetzls*, insbesondere: Experimentelle Traumbilder in ihrer Beziehung zum indirekten Sehen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. XXXVII, 1917, und Bemerkungen über den Augenmaßfehler der Hemianopiker. Wien. klin. Wschr. XXXI, 1918, Nr. Nr. 33, 34.

die Alltagserfahrung, daß wir nur vor uns hinzustarren brauchen, um uns eigenartig entrückt und wie in eine andere Welt versetzt zu fühlen. In dem mitgeteilten Falle war der Blick der Pat. zwar auffallend starr, doch kann ich eine exakte Definition dieser „Blickstörung" ebensowenig bringen wie den Nachweis, daß die Entfremdung mit dem Blicken etwas zu tun hatte. Die Schwierigkeit einer derartigen Auffassungsweise der Entfremdung der Wahrnehmungswelt ist darin gegeben daß ja auch taktil und akustisch Gegebenes entfremdet wird und für diese Gebiete die Wichtigkeit motorischer Einstellungsmechanismen nicht erwiesen ist. So muß denn die Möglichkeit offen gelassen werden, daß jene somatischen Prozesse, welche die Entfremdung der Wahrnehmungswelt bewirken, das „sensorische" Gefüge der Wahrnehmung in irgendeiner Weise stören. Auf die Parästhesien ist in diesem Zusammenhang wieder besonderes Gewicht zu legen. Es gelingt ja, durch Abänderung des groben Sinnesmaterials unter Umständen Eindrücke zu erreichen, welche der Entfremdung der Wahrnehmungswelt verwandt sind [1]). Aber auch bei dieser zweiten Annahme wäre es nicht auffallend, daß dieser Eingriff in das „sensorische" Gefüge einmal psychogen, das andere Mal somatisch erfolgt.

Psychogenetische Folge und durchbrechender epileptischer Anfall können sich also in gleicher Weise in der Entfremdung der Wahrnehmungswelt auswirken. Ablauf und begleitende psychische Symptome können verschieden sein. Auch der beschriebene Fall unterscheidet sich im Gefüge von der Neurose. Psychisch bedingte und somatisch ausgelöste Prozesse haben also ihre eigenen Gesetzmäßigkeiten des Verlaufes, die aber über die grundsätzlich gleiche Struktur der psychischen Zustandsbilder nicht täuschen dürfen.

[1]) l. c. S. 138 ff.



Beitrag zur Psychologie der Gedächtnisstörungen.

Von

Dr. **Heinrich Kogerer,**

Sekundararzt der psychiatr.-neurol. Univ.-Klinik in Wien.

Seitdem *Wagner-Jauregg* die typische Suspensionspsychose beschrieben hat, sind zahlreiche solche Fälle veröffentlicht worden. Es ist nicht Zweck der vorliegenden Mitteilung, die umfangreiche Kasuistik um einen weiteren Beitrag zu vermehren. Es haben aber die Untersuchungen, über die im folgenden berichtet wird, einige merkwürdige psychische Phänomene zutage gefördert, die selten der Beobachtung in so günstiger Weise zugänglich sind.

Die Pat. heißt Elisabeth P. und ist 53 Jahre alt. Aus der sehr umfangreichen Krankengeschichte kann nur ein Auszug geboten werden. Eine genauere Wiedergabe erfordern die Aussagen des Mannes der Pat., da sie viele tatsächliche Angaben enthalten, deren Kenntnis für das Verständnis des Folgenden unerläßlich ist. Der einfache, aber ziemlich intelligente Mann ist Schuster in Sievering [1]); seine Angaben machen einen durchaus glaubwürdigen Eindruck. Aus seinem Bericht ist folgendes zu entnehmen:

Er lernte die Pat. vor 29 Jahren kennen, als sie Köchin bei einer Familie R. war, die im Winter in der Stadt, im Sommer in Sievering wohnte. Sie war heiteren Temperaments und recht aufgeweckt. Ihr Mädchenname war B. Sie soll damals ungefähr 6 Jahre in Wien gewesen sein, stammte aus Burgholz bei Budweis. Ihr Vater war schwerhörig, aber sonst gesund, früher Schneider, dann Hilfsarbeiter auf Elbeschleppern. Die Mutter lebt noch, ist 75 Jahre alt und seit kurzem geisteskrank. Nach dreijähriger Bekanntschaft heiratete er die Pat. Die Ehe ist immer eine glückliche gewesen, ihr entstammen 4 Kinder: Franz, Leopold, Karl, Elisabeth. Franz ist 25 Jahre, Elisabeth 16 Jahre alt. Im September 1918 kam Pat. plötzlich in den Wechsel. Zugleich wurde sie reizbar, streitsüchtig,

[1]) Sievering ist ein ehemaliger Vorort von Wien, jetzt zum XIX. Bezirk gehörig.



eifersüchtig, beschuldigte eine schwangere Frau, daß das Kind von ihrem (der Pat.) Manne sei. Als ihre Tochter an Lungenspitzenkatarrh erkrankte, erzählte die Pat. überall, daß ihre ganze Familie krank sei und sterben müsse, und zwar durch ihr Verschulden. Sie wurde unordentlich, verschenkte Wertgegenstände. In der letzten Zeit war sie tief verstimmt, äußerte Furcht, eingesperrt zu werden. Am Vorabend des Selbstmordversuches fiel sie ihrem Manne weinend um den Hals und bat ihn, sie nicht zu verlassen. Am 29. Juli ging Pat. auf den Dachboden, um für ihren Sohn Leopold, dessen Heimkehr aus der Kriegsgefangenschaft bevorstand, das Bett zu bereiten. Als die Tochter einige Minuten später nachsehen ging, fand sie die Mutter an einem schrägen Dachbalken in kniender Stellung mit einem Seil am Halse aufgehängt. Als die Tochter versuchte, sie aus der Schlinge zu befreien, riß diese, und die Frau fiel zu Boden. Sie wurde ins Wiedener Krankenhaus gebracht. Aus der dortigen Krankengeschichte geht hervor, daß sie 3 Tage bewußtlos war und häufig erbrach. Dann erwachte sie in typischer Weise unter Konvulsionen und hatte in der ersten Zeit leichte Paresen, die bald vollständig zurückgingen. Nach 3 Wochen wurde sie nach Hause entlassen. Sie war damals für ihren Selbstmordversuch vollständig erinnerungslos, erkannte aber ihre Angehörigen.

Am 2. Oktober wurde sie in die psychiatrische Klinik mit Polizeiparere eingeliefert.

Bei der Untersuchung ist sie örtlich leidlich orientiert, das Datum kann sie nicht angeben. Fühlt sich gesund. Antwortet auf alle Fragen „ich weiß nicht". Sagt spontan: „Warum soll ich im Sommer immer benebelt sein?" Vorgezeigte Bilder vergißt sie sofort, erkennt sie auch nicht wieder. Fragt: „Wer hat mich hergebracht?" Sie weiß nicht, wo sie wohnt. Ihr Alter gibt sie mit ca. 50 Jahren an. Sie ist auch auf energische Suggestion nicht zum Konfabulieren zu bringen. Klagt, ihr Mann habe ihr zu viel Wein zu trinken gegeben. Die Namen ihrer Kinder nennt sie richtig. Vorgesprochene Zahlen und Namen vergißt sie sofort, von einer wiederholt vorgelesenen Erzählung gibt sie nur ein minimales Bruchstück wieder. Nachsprechen fünfstelliger Zahlen gelingt nicht.

Körperlich: Mittelgroße, kräftige, etwas abgemagerte Frau von ausgesprochen senilem Aussehen. Pupillen rund, gleich, reagieren prompt auf Licht und Konvergenz. Sehnenreflexe rechts = links +. Innere Organe: unreine Herztöne, zweiter Aortenton akzentuiert. Periphere Arterien weich. Lungenbefund negativ. — Röntgenbefund des Herzens (I. med. Klinik Dr. *Hitzenberger*): Normale Form und Größe des Herzens. An der Aorta mäßige Dilatation, in der queren Durchleuchtungsrichtung Kolbenform. An den peripheren Gefäßen keine Kalkablagerung feststellbar. — Wassermann im Blute negativ. Liquorbefund: Wassermann negativ. Globulinreaktion 1 : 1 opaleszent, 20% fast klar, in jeder weiteren Verdünnung klar. Lymphozyten 19 : 3. Ges. Eiweiß 0,05‰.



5. X. Spontan: „Ich möchte von meinem Leben etwas wissen. Warum muß ich immer im Spital sein?“ Völlig desorientiert: „[Wo waren Sie gestern?] Bin ich noch nicht da gewesen? [Was ist mit Ihrer Tochter?] Habe ich eine Tochter? Herr Dr., ich bin nicht krank. Ich bin aus Böhmen. [Sind Sie verheiratet?] Ich weiß nicht. [Wie alt sind Sie?] Ja wenn ich das wüßte! [Haben Sie einen Schatz?] Nein. [Sind Sie noch Jungfrau?] Ja, ich weiß nur von dem Wirtshaus in Kasgraben, der Wirt heißt Franz N.[1])“ Sie selbst heiße Elisabeth B. „Ich möchte so gern auf der Welt sein, warum soll ich nicht leben? ... ich weiß nicht, ich möchte vom Leben so gern etwas wissen ... ich bin ja nicht dumm, warum soll ich dumm gemacht werden?“

6. X. „Ich möchte was vom Leben wissen. [Wieso kommt es, daß Sie nichts davon wissen?] Sie haben mir etwas gegeben. Ich weiß nicht, ob meine Eltern noch leben, und ob ich Kinder habe ... ich möchte meinen Mann sehen ... die Juden haben mich vielleicht umgebracht.“

7. X. Pat. berichtet, sie sei in Budweis in die Schule gegangen und habe Lesen und Schreiben gelernt. Sei verheiratet, habe 3 oder 4 Kinder. Ihr Mann heiße B. „[Waren Sie nicht gestern mit mir im Prater?] Das ist ausgeschlossen, da müßt ich doch auch etwas davon wissen.“ Erkennt ihren Mann, aber sehr zögernd und langsam, nennt ihn Mathias B.[2]). „Ich weiß nicht, ob ich Kinder habe, man hat mir auf der Sieveringerstraße, wo ich im Dienst war, etwas eingegeben. [Gift?] Wahrscheinlich.“

9. X. Sie erkennt die sie besuchenden Ärzte, bezeichnet sie als alte Bekannte, die sie lange nicht gesehen hätte. Sie bittet, man möchte ihr den Weg zum W. zeigen[3]). Auf ihre Bitte, ihr von ihrem Leben etwas zu sagen, wird ihr die Geschichte ihres Selbstmordversuches erzählt. Darauf erwidert sie heiter: „Das ist ja nicht wahr, da müßt ich doch auch etwas davon wissen.“

10. X. „[Wie alt sind Sie?] 40 Jahre“. Man hält ihr einen Spiegel vor. Sie sagt: „O je, da schau ich aber alt aus. Da muß ich schon 50 sein. [Sind Sie verheiratet?] Ich weiß nicht. [Haben Sie Kinder?] Nein, wenn Sie Kinder haben, warum geben Sie die Kinder da herein?“ Sie fragt: „Wo bin ich denn, in Sievering?“ Auf die Antwort, daß sie in der Lazarettgasse sei, sagt sie: „da sind doch lauter Narren, da werde ich auch noch ein Narr ... mir träumt immer von Wien. Ich will nach Sievering zur Frau M.[4]), die ist aber vielleicht schon gestorben. [Haben Sie Ge-

---

[1]) N. ist Wirt in Kasgraben bei Sievering und ist der Pate der Kinder der Pat.

[2]) Der Name ihres Vaters.

[3]) W. ist der Name eines Fuhrwerksbesitzers in Sievering, der viele Jahre lang einen öffentlichen Stellwagenbetrieb hatte.

[4]) Hebamme in Sievering.

schwister?] Das weiß ich nicht. [Brüder?] Franz, Leopold, Karl[1]). [Haben Sie einen Mann?] Ich weiß nicht ... in Budweis kenn ich alles ... von Wien träumt mir alle Tage." Bezeichnet einen Arzt als ihren Sohn.

11. X. Zur Schriftführerin sagt sie: „Von Ihnen hab' ich oft geträumt, Sie sind die junge Frau W. Lebt die Frau M. noch?" Auf die Mitteilung, daß sie Kinder habe, ist sie sehr erstaunt, nennt aber die Namen ihrer Söhne richtig.

12. X. Pat. jammert: „Was hab ich angestellt? [Haben Sie geträumt?] Ja, der deutsche Kaiser ist gestorben."

15. X. „Herr Dr., ich bitte, ich möchte was von meinem Leben wissen. [Kennen Sie mich?] Nein. [Warum sagen Sie Herr Dr. zu mir?] Wo ich früher war, da waren die Doktoren auch so angezogen wie Sie. [Wo war das?] In Budweis. [Waren Sie schon in Wien?] Nein. [Wo sind wir hier?] In Budweis. [Wie lange sind Sie schon hier?] Ich bin gerade angekommen. [Von wo?] Von Wien. [Wie sind Sie hergekommen?] Mit der Bahn. [Waren Sie einmal in Sievering?] Ja, das muß aber schon lange her sein ... Herr Doktor, mir ist so bang, weil ich gar nichts weiß."

16. X. Sie bezeichnet den Ort als Spital, eine junge Mitpatientin als ihre Tochter, „weil sie immer so um mich herumläuft". Gleich darauf aber weiß sie nicht, daß sie verheiratet ist und Kinder hat.

Es wird ihr folgende Zeitungsnotiz vorgelesen: „An der Weißgärberlände wurde vorgestern die Leiche eines ca. 13- bis 14jährigen Knaben aus dem Donaukanal gezogen. Der Ertrunkene hatte dunkelblondes Haar, trug lichtbraunen Lodenrock mit grünen Borten und Hirschhornknöpfen und braune Samthose. Der Knabe war barfuß. Die Leiche wurde in die Totenkammer am Rennweg gebracht." Aufgefordert, zu wiederholen, sagt sie: „Das war ein Knabe, den haben sie herausgezogen aus dem Kanal. [Wo?] Das weiß ich nicht. [Wie alt war er?] Das weiß ich nicht." Es wird ihr noch einmal vorgelesen, darauf sagt sie: „So einen großen Buben, der schon Rock und Hose hat, wirft man doch nicht ins Wasser. Ich habe nie ein Kind ins Wasser geworfen, ich habe überhaupt keine Kinder gehabt ... warum bin ich eingesperrt, ich habe doch nichts getan."

½ Stunde später wird sie in einem Kurs vorgestellt und sagt während des Examens spontan: „Kleine Kinder wirft man nicht weg".

17. X. Die gestrige Zeitungsnotiz wird ihr neuerlich vorgelesen. Darauf beginnt sie zu weinen, beteuert ihre Unschuld, sie habe nie ein Kind weggeworfen, sie habe die Kinder viel zu lieb. Es müsse jemand anders gewesen sein, oder es könnte ja der Bub auch selbst hineingefallen sein. Bei dem Versuch, das Gespräch auf ein anderes Thema zu bringen, verhält sie sich ablehnend. „Wenn ich früher gekommen wäre, wär das

[1]) Namen ihrer Söhne.

alles nicht geschehen. Die Frau, bei der ich in Sievering in Dienst war, die C.[1]), hat mich vor lauter Zorn hinausgeschmissen. Seitdem bin ich glücklich und träume von den Kindern. Wer weiß, wer den Buben ins Wasser geworfen hat."

18. X. Sie bezeichnet den Ort als Wirtshaus, eine Pflegerin als Frau St.[2]). Die Erzählung von dem ertrunkenen Knaben wird wiederholt. Sie sagt: „Ein Bub ist als Toter aus dem Wasser gezogen worden, aber ich war es nicht, er ist vielleicht selbst hineingefallen. Ich war es nicht, ich hab' doch meine Kinder gern." [Zur Pflegerin:] „Frau St., Sie wissen doch, daß ich meine Kinder gern habe." Es wird ihr die bekannte Fabel von dem Hunde mit dem gestohlenen Schinken erzählt. Sie erzählt nach: „Ein Hund hat einen Buben gestohlen, oder einen Schinken, denn der Bub war doch zu groß. Es ist eine furchtbare Schande, (weinend) ich will nicht mehr leben; bevor ich ein Kind ins Wasser werfe, geh' ich lieber selbst hinein."

20. X. Spontan: „Herr Dr., ich bin unschuldig, ich weiß gar nichts. Warum hat man mich hierher gebracht, ich habe doch meine Kinder nicht angezeigt. [Haben Sie Kinder?] Nein. [Also wen haben Sie angezeigt?] Ich werde doch nicht meine eigene Familie anzeigen. [Was ist hier für ein Ort?] Eine Küche. [Was tun Sie hier?] Ich bin im Dienst bei der Frau St. Ich bin unschuldig, Herr Dr. Sie haben Kinder von mir verlangt, aber ich hab' ja keine. Ich bin aus Budweis und habe nicht Deutsch gekonnt" (weint). Auf weitere Fragen antwortet sie: „Das weiß ich nicht; seit ich den Verstand verloren habe, hab' ich alles vergessen." Sie bezeichnet heute eine andere Pflegerin als Frau St.

21. X. Es wird ihr ein Bild des Kaisers Franz Josef gezeigt. Sie erkennt ihn. Gibt sein Alter mit 50—60 Jahren an.

22. X. Sie erzählt, sie träume jede Nacht von ihren Söhnen, daß sie schon groß und Soldaten seien[3]). Dann kämen immer wieder andere Leute, und sie kenne sich nicht mehr aus. „Es kommt mir jetzt alles anders vor." Spontan erzählt sie, sie sei einmal vom Hause C. schlafend weggeführt worden. Von da an wisse sie nichts mehr. Auf die Frage nach ihren Kindern antwortet sie, sie habe 3 Söhne: Franz, Leopold, Karl, von einer Tochter wisse sie nichts, desgleichen nicht, wer der Vater ihrer Söhne sei. Sie erinnere sich nicht, geheiratet zu haben. Spontan: „Es tut mir so leid, daß ich nicht auf gleich komme, daß ich nicht so reden kann wie andere Leute. Ich träume immer von meinen Kindern, aber sie gehen mir nicht zu. Vielleicht haben sie etwas gehört. [Was denn?] Vielleicht werde ich eingesperrt. [Warum?] Das habe ich vergessen ... mir träumt alle Tage von einem Bau, wo ich arbeite,

[1]) War vor 8 Jahren die Hauswirtin der Familie B.
[2]) Wirtin in Sievering, Freundin der Pat.
[3]) Die 3 Söhne der Pat. waren im Krieg eingerückt.



und ich war doch in Wirklichkeit nie auf einem Bau. War immer nur Köchin [1]“.

23. X. Pat. ist heute sehr vergnügt, begrüßt den Arzt als „Franzl“. Protestiert gegen den Namen P., sie heiße B. „Die Soldaten wollen mich haben. Sie sagen, es war nicht recht, daß ich meine ersten Kinder weggegeben habe.“ Später sagt sie noch einmal, die Soldaten wollten sie immer haben und hätten sie oft vom Hause weg auf die Wiese getrieben, sie habe aber keinem nachgegeben. Woher sie die Kinder habe, wisse sie nicht, sie sei doch nie schlecht gewesen, man möge sich nur erkundigen. Ob sie auch in Wien gewesen sei, wisse sie nicht, sie habe es vielleicht nur geträumt. Sie träume überhaupt viel, von Häusern, von Gärten und vom Lande.

24. X. Sie trifft auf dem Gang einen jungen Burschen, den sie mit großer Freude als „Franzl“ begrüßt. Da dieser sich abgeneigt zeigt, sagt sie, in Sievering hätten böse Menschen schlecht von ihr gesprochen, das hätte der Franzl gehört, und deshalb wolle er nichts von ihr wissen, sie sei aber unschuldig.

25. X. Nach ihren Kindern befragt, gibt sie an, sich nur an den Franzl zu erinnern. „[Wer ist Franzls Vater?] Den hab ich nicht gekannt, es wird ihn einer gemacht haben, so daß ich nichts gemerkt habe.“ Einen eintretenden alten Pfleger spricht sie als Herrn M. [2]) an. Sie habe ihn in Sievering gekannt, damals sei er jünger gewesen. Auf die Frage nach ihrem Namen antwortet sie: „Elisabeth P., nein nicht P., B., P. hab' ich geträumt.“

26. X. Sie klagt wieder, daß sie nicht wisse, von wem sie die Kinder habe, und das sei eine große Schande. „Nicht wahr, Herr Dr., ich bin noch nicht bestraft. [Warum glauben Sie das?] Die Leute reden davon. [Welche Leute?] Ich weiß nicht, vielleicht hab' ich es nur geträumt.“

27. X. Pat. empfängt den Besuch ihres Mannes und ihres Sohnes Franz und sagt weinend: „Franzl, ich kann nichts dafür, ich hab' es nur aus Verzweiflung getan.“

Ihren Mann nennt sie Vater und gibt seinen Namen Mathias B. an. Nachher nennt sie ihn auch bei seinem richtigen Vornamen Isidor und fragt ihn: „Hast du dich gekränkt? [Warum?] Weil du die Tochter verloren hast. [Wieso?] Ich hab' geträumt, daß ich nicht mehr auf der Welt bin.“ Sie erzählt heute viel von ihrer Jugendzeit, nennt Geburtsort und Jahr richtig. Berichtet, daß sie nach der Schulzeit nach Wien gekommen und in verschiedenen Häusern als Köchin bedienstet gewesen sei. „Das hat mir alles geträumt.“ Immer wieder berichtet sie

---

1) Der Sohn Franz ist Angestellter bei einem Baumeister, Pat. brachte ihm oft das Essen zum Bau.

2) M. ist der Sohn der früher erwähnten Hebamme und Gärtner beim Bankier R. in Sievering.

über ihre Träume von den Häuserbauten. Ihr Alter gibt sie auf über 20 Jahre an. Verheiratet sei sie nicht. Wieviele Kinder sie habe, wisse sie nicht. Erinnere sich nur an den Franzl. „[Wer war sein Vater?] Das weiß ich nicht. Herr Dr., meinen Sie vielleicht den Schuster? Oh nein, mein Vater ist kein Schuster. [Wie heißt der Schuster?] Das weiß ich nicht."

28. X. „Herr Dr., ich werde hier immer gestört. [Wieso?] Wenn ich schlafe, kommen Herren, die mich aufwecken. Einmal hat mich einer, wie ich war, aus dem Bett auf die Wiese getrieben, ich hab' mich so geschämt! [Wann war das?] Das ist schon viele Jahre her. Ich war doch schon ein erwachsenes Mädel, immer haben die Herren so dumme, kindische Sachen mit mir gemacht. [Was denn?] Ich hab's geträumt." Sie verlangt, entlassen zu werden, sie sei ganz gesund, an ihrem schlechten Gedächtnis seien nur die Ärzte schuld. [Wieso?] Keine Antwort. Die Erzählung vom ertrunkenen Knaben wird wiederholt. „Davon hab' ich oft geträumt, aber ich hab's nicht getan, ich bin ja immer eingesperrt. Ich weiß gar nichts mehr. [Wie alt sind Sie?] Ich glaube, 25 Jahre. Seitdem ich krank bin, weiß ich nichts mehr. Mir hat geträumt, ich hab' den Franzl ins Wasser geworfen. Darum haben mich die Herren eingesperrt. Damals war ich noch ein Kind, heute bin ich ein erwachsenes Fräulein, eine alte Schachtel. Wenn ich draußen wäre, wäre ich schon längst verheiratet. Das kränkt mich so, weil ich Kinder hab' und keinen Vater dazu. Das ist eine Schande, die Kinder müssen sich für mich schämen. [Kennen Sie den Schuster Isidor P.?] Das ist ja mein Vater. [Es ist ihr Mann.] (Pat. lacht heftig.) Wenn ich verheiratet wäre, müßt' ich doch auch etwas davon wissen."

29. X. Pat. ist heute sehr aufgeregt, sie berichtet, die ganze Zeit sei sie in Sievering auf den Bauten beschäftigt gewesen und habe mit den Buben getanzt. Heute hätten sie die Sieveringer überfallen und hierher gebracht. Sie wolle sofort wieder hinausfahren. Später sagt sie spontan: „Die K. soll sich nur Doktoren für ihre Töchter nehmen, ich heirate keinen Doktor. [Warum nicht?] Weil ich nicht so gescheit bin. [Haben Sie Kinder?] Nur den Franzl. [Wie alt ist er?] Er ist schon groß, größer als ich. [Wie kommt es, daß sie mit 25 Jahren einen großen Sohn haben?] Das weiß ich nicht, die Kinder werden es vielleicht besser wissen, ich habe nie mit einem Manne zu tun gehabt. Ich bin eine Jungfrau. [Woher haben Sie denn die Kinder?] Den Franzl haben mir die Doktoren rekommandiert. [Was heißt das?] Sie haben mir etwas aufgeschrieben. [Davon haben Sie ein Kind gekriegt?] Das weiß ich nicht mehr, vielleicht hab' ich es nur geträumt. [Wer ist der Schuster P. in Sievering?] Das ist mein Vater, nein — mein Vater heißt B., aber sie nennen ihn P. Den P. kenn' ich nicht, der muß ein Jud' sein. [Der P. ist ihr Mann.] Nein, davon müßt' ich doch auch etwas wissen. [Sie haben es vergessen.] Ich vergesse nichts, alles träumt mir alle Tag'." Bei der Be-

trachtung ihres Spiegelbildes sagt sie: „Nein, so alt bin ich geworden! Das hat alles der Kummer gemacht.“

30. X. Pat. liegt weinend im Bette, macht sich unter Schluchzen Vorwürfe, weil sie Kinder habe und nicht wisse, wer der Vater sei. Sie beschuldigt ihre Söhne, daß sie sie schlechten Buben zum geschlechtlichen Mißbrauch ausgeliefert hätten, daher habe sie die Kinder. Man habe ihr auch etwas eingegeben, und davon habe sie das Gedächtnis verloren. Die Juden hätten es getan. Später: „[Haben Sie Kinder?] Ja. [Von wem?] Die hat der Franzl gemacht. [Wer ist der Franzl?] Mein Sohn. [Wer ist Franzls Vater?] Da waren einmal Herren mit mir in der Kanzlei, die haben mir was erzählt, und dann hab' ich den Franzl gekriegt.“ Bei den Lernübungen ist sie sehr widerspenstig. „Das sind lauter dumme Sachen, die hab' ich schon in Budweis gelernt, wie ich noch ein Kind war. Heute bin ich ja schon im Alter zum Heiraten. In Budweis habe ich alle Tage geheiratet, aber es war immer nicht wahr, weil kein Mann da war. Ich hab' überhaupt nie einen Mann gehabt. Ich habe immer von Bauten geträumt, so viel, daß man zwei Sievering draus machen könnte.“

31. X. Pat. erzählt von ihren Träumen, von Pferden, Vögeln und Fischen und vielen schönen Sachen. Das Zimmer war ganz voll davon. Sie preist die Schönheit ihrer Bauten, nennt ihre Leistungen „übermenschlich für ein dummes Mädel“. Die Herren Doktoren hätten sie daher so lieb gehabt, sie auf Händen getragen. Eines Tages sei alles aus gewesen, man habe sie in die Finsternis geworfen, und seit damals wisse sie nichts mehr von ihrem Leben. Es müsse sie jemand vergiftet haben.

3. XI. Heute erklärt sie, ihre Kinder müßten von jemand anderem ihr unterschoben sein. Später wiederum: es wäre möglich, daß sie im Schlaf geheiratet worden sei, es müßten aber mindestens 3 Jahre her sein. Auf eine Bemerkung über den Krieg antwortet sie, sie könne sich an den Krieg gut erinnern, sie habe das alles geträumt.

4. XI. „Es hat sich einer in mich verliebt, er hat mich wollen heiraten, ich habe das Geschäft aufgeben müssen. Sonst weiß ich nicht, wie das gekommen ist. Jede Nacht träumt mir davon.“

5. XI. Pat. ist heute heiter, sie sei sehr glücklich, sie habe so schöne Träume gehabt. Sie erzählt: 1. Es sei der Pfarrer von Sievering die ganze Nacht bei ihr im Bett gelegen und sei sehr zärtlich gewesen. 2. Viele Heilige seien gekommen und haben sie belehrt. 3. Der Kaiser sei nachts zu ihr ins Bett gekommen, habe sie geküßt und gesagt, er liebe sie, und sie sei seine Kaiserin. Die ganze Nacht sei er bei ihr gelegen, sie habe sich sehr darüber gefreut. 4. Der Franzl sei bei ihr gewesen und habe seine Freude darüber ausgesprochen, daß er eine so gescheite Schwester habe. 5. „Die Juden“ seien alle zu ihr gekommen, „es ist ihnen schon recht geschehen, sie sind alle abgeschnitten worden. Von jedem Zettel war immer der Jud' weggerissen.“ (Darüber ist eine Aufklärung nicht zu



erlangen.) Die beiden Träume vom Kaiser und vom Pfarrer wiederholt sie mehrmals, fügt hinzu, „mein Kopf kann das nicht mehr aushalten, es war alles ganz vergoldet“. Nachher klagt sie, man habe ihr heute wieder etwas eingegeben, daran seien die Juden schuld. „Sie wollen mich durchaus haben, sie sind reich, aber es hat mich noch keiner angerührt.“

6. XI. „Ich kränke mich so, daß die Kinder nicht mehr zu mir kommen. Sie glauben, daß ich einen Juden habe, aber das ist nicht wahr.“ Sie bestreitet, jemals überhaupt mit einem Manne zu tun gehabt zu haben. Die Kinder habe man ihr mit einem Schlauch gemacht. Sie wisse aber nicht wie. Sie habe gar nichts davon bemerkt. „Ich habe geträumt, der Herr Pfarrer war die ganze Nacht bei mir im Bett. [Was hat er da gemacht?] Er hätte gern von mir gelernt, wie man Kinder macht. Ich hab' ihm aber gesagt, „da müssen Sie zu einer andern gehen, ich weiß das nicht. [Hat er es nicht trotzdem bei Ihnen versucht?] O nein, er wird schon eine andere Köchin haben ... alles, was es Außergewöhnliches gibt, dazu holt man mich, ich soll alles können.“ Nach den Häusern befragt, sagt sie, sie habe gehört, daß ihre Häuser eingestürzt seien, und fragt, ob man sie nicht deshalb einsperren werde. Die Träume von den Häusern, vom Pfarrer und vom Kaiser kehren in den nächsten Tagen mehrmals wieder. Desgleichen die Erzeugung der Kinder mit dem Schlauch. Einmal fügt sie hinzu: „ich habe nie einen Mann gehabt, ich bin ein Wunderkind“.

15. XI. Pat. klagt, daß sie immer das Gedächtnis verliere, wenn sie hier sei, und das komme daher, weil bei Nacht eine fremde Frau ihr durch das linke Ohr etwas in den Kopf spritze.

17. XI. Auf die Frage nach dem Vater ihrer Kinder erzählt sie heute, ein Herr, der ihr schon seit längerer Zeit nachstellte, habe sie durch ein Riechmittel betäubt und dann vergewaltigt.

18. XI. Sie habe vom Kaiser geträumt, er habe sie auf den Händen getragen, fremde Kinder hätten ihr mit den Fingernägeln die Haut abgescheuert.

20. XI. Pat. bezeichnet den Ort als Spital in Budweis. „[Nein, in Wien.] Aber die St. ist doch hier, und die war nie in Wien. [Die St. ist doch in Sievering.] Hier ist Sievering. [Ist Sievering dasselbe wie Budweis?] Nein, aber ganz nahe. [Wie fährt man von Budweis nach Sievering?] Mit der Elektrischen. [Wie lange?] Ein paar Minuten. [Welche Linie?] 39 [1]). [Wie fährt man von Sievering nach Wien?] Das weiß ich nicht. [Ist es weit?] Ja.“

22. XI. Pat. ist heute morgen mit Blumen festlich geschmückt und gibt als Begründung an, sie werde heute heiraten. Etwas später hat sie die Blumen abgelegt, erinnert sich wohl daran, daß sie geschmückt war, aber nicht an die Ursache. Spricht von ihrem Manne, von ihren

[1]) Die Straßenbahnlinie 39 fährt von der Stadt nach Sievering.



Kindern, von ihren schönen Kleidern, von ihrer Villa in Sievering. Alles das habe sie vom Kaiser Franz Josef, mit dem sie seit ihrer Kindheit in sehr vertrautem Umgang stehe. Er sei 60 Jahre alt, seine Frau heißt Elisabeth, sein Sohn Rudolf. Sie klagt über ihre jetzige schlechte Kleidung, man habe ihr alles gestohlen, was sie vom Kaiser gehabt habe. [Wer?] „Die St. und die Juden."

24. XI. Pat. ist sehr heiter, mischt Wirkliches und Wahnhaftes bunt durcheinander, hat einmal Kinder, dann wieder nicht, ist Jungfrau, Gattin des P., Geliebte des Kaisers Franz Josef, Kaiserin, dann wieder sagt sie, die Kinder können nicht vom Kaiser sein, er sei zu alt dazu. Später erklärt sie mit Bestimmtheit, sie sei nicht verheiratet, sei es auch nie gewesen. Sie sei die Geliebte des Kaisers Franz Josef und habe die Kinder von ihm. Einen andern Mann habe sie nie gehabt.

25. XI. „Ich möchte so gern heiraten, aber die St. schiebt immer ihre Töchter vor und läßt mich nicht zu."

26. XI. Pat. beteuert, daß sie nie schlecht gewesen sei, sie sei Kaiserin, aber seit der Kaiser sie verlassen habe, habe man ihr alles gestohlen.

27. XI. Pat. weint; nach der Ursache befragt, sagt sie, „allerweil verlangen s' Kinder von mir, immer haben s' es auf mich abgesehen, wie wenn ich allein auf der Welt wäre. Ich bin schon ganz unglücklich ... man hat mir schon wieder einen Bauch gemacht. Ich hab' doch schon Kinder genug, sollen einmal andere herhalten."

4. XII. Pat. ist den ganzen Tag sehr reizbar, beschwert sich, daß man ihr den Kaffee vergiftet habe, und wirft die Schale nach der Pflegerin. Etwas später klagt sie, daß der Kaiser sie verlassen habe, man habe ihr die Kinder weggenommen und überhaupt alles gestohlen. Von dem vergifteten Kaffee weiß sie nichts, behauptet, daß sie seit Wochen überhaupt keinen Kaffee bekommen habe.

9. XII. Pat. ist mürrisch, wenig mitteilsam, gibt auf Fragen die gewöhnlichen Antworten. „Ich weiß nicht" oder „wenn ich draußen sein werde, wird mir wieder alles einfallen." Einmal sogar: „Ich weiß alles, ich will nichts mehr wissen. — Ich möchte doch wieder einmal etwas wissen." Sie fragt, wie lange sie schon hier sei. Auf die Mitteilung, es seien über 2 Monate, antwortete sie: „Das ist ja schrecklich, da muß ich schon ganz blöd sein." Über Träume spricht sie nicht mehr, auch über den Kaiser nicht mehr spontan, nur wenn sie gefragt wird, wann sie ihn das letzte Mal gesehen habe, antwortet sie jedesmal auch nach Intervallen von wenigen Minuten: „Wie ich hergefahren bin, war er mit mir auf der Bahn", ohne aus den lebhaften Heiterkeitsausbrüchen der Mitpatientinnen eine Folgerung zu ziehen.

15. XII. Pat. klagt, daß ihre Kinder sich nicht um sie kümmern, weil sie keine Häuser und keine Weingärten habe. Sie beschwert sich. „man hat mir alles weggenommen. [Was ist das alles?] Ein Sparkassen-



buch. [Wieviel war darin?] Das weiß ich nicht." Behauptet, wiederum gravid zu sein, weiß aber nicht, von wem. Auf die schwersten Vorwürfe wegen ihres unsittlichen Lebenswandels antwortet sie gleichgültig: „Ich kann nichts dafür." Alle Suggestionsversuche sind gänzlich erfolglos.

23. XII. Pat. erzählt, sie habe über 100 Kinder, sie wisse gar nicht genau, wie viele. Es komme immer bei Nacht einer zu ihr; da es finster sei, könne sie ihn nicht erkennen, wisse auch nicht, ob es immer derselbe sei. Sie sei auch jetzt wieder gravid. Weinend sagt sie, sie möchte so gern wieder einmal hinaus an die Luft. Vom Kaiser Franz Josef wisse sie nichts mehr, er sei wohl ermordet worden. Sie müsse auch bald sterben, weil sie kein Geld mehr habe. Die Ärzte brächten alle Patienten um, die kein Geld haben. Sie habe wiederholt gesehen, daß Patientinnen ins Wasser geworfen worden seien. Man könne das Wasser von hier aus nicht sehen, wohl aber vom Garten.

3. XII. Pat. ist tief verstimmt. Ihr Mann habe sich eine andere genommen.

1. I. 1920, Vormittag: „Ich kränk' mich so, weil ich Kinder habe und nicht weiß, von wem. [Sind Sie verheiratet?] Nein. [Wer ist der P.?] Das weiß ich nicht." Nachmittag: „Ich kränk' mich so. [Warum?] Mein Mann hat sich eine andere genommen. [Woher wissen Sie das?] Ich weiß alles."

3. I. „Ich weiß nicht mehr, wo ich hingehöre, es ist alles weggerissen."

23. I. Pat. äußert den Wunsch, entlassen zu werden. „[Wohin?] Nach Hause. [Wo ist das?] In Budweis. [Es fährt ja jetzt keine Bahn!] Das macht nichts, ich fahr' mit einem Boot. [Wie lange braucht man da?] Ein paar Minuten."

30. I. Pat. wird in die Landesirrenanstalt am Steinhof transferiert.

Nach 6 Wochen besuchte ich die Pat. auf dem Steinhof, sie begrüßte mich freundlich als alten Bekannten, wußte aber nicht, wann und wo sie mich zuletzt gesehen hatte. Sie bezeichnete den Ort etwas unsicher als ein Spital oder einen Ort, wo die alten Leute hinkommen. Sie klagte, daß sich niemand um sie kümmere, ihr Mann habe eine andere genommen, auch die Kinder habe man ihr genommen. Sie wisse nicht einmal mehr ihre Namen, sie seien nämlich umgetauft worden.

Es handelt sich also um eine 53jährige Frau, die im Verlaufe einer depressiven Psychose (Melancholie des Rückbildungsalters) einen Selbstmordversuch durch Erhängen unternahm, danach eine retrograde Amnesie mit Störung der Merkfähigkeit zeigte. Zu den Eigentümlichkeiten des Falles gehört zunächst die außerordentliche Schwere des Defektes und die große Ausdehnung der Gedächtnislücke (etwa 30 Jahre). Das ist nach den

bisherigen Erfahrungen durch das Trauma allein nicht genügend begründet. *Wagner-Jauregg* erklärt die Gedächtnisstörung bei wiederbelebten Erhängten durch die bei dem Trauma eintretende Unterbrechung der Blutzufuhr. Wenn wir nun bedenken, daß bei älteren Individuen die Blutgefäße nicht mehr im Vollbesitze ihrer Festigkeit und Elastizität sind — man betrachte den Röntgenbefund unseres Falles — so läßt sich dadurch allein schon die Schwere der Erkrankung bei unserer Pat. besser verstehen. Wir können aber noch einen Schritt weitergehen. Die Kranke hat den Selbstmordversuch in einer Involutionspsychose gemacht. Man könnte sich ganz gut denken, daß die langsame Entwicklung, die die Krankheit ohne Trauma von der Melancholie über die Presbyophrenie zur Demenz genommen hätte, durch das Trauma eine mehr sprunghafte geworden sein könnte. Das ist natürlich Hypothese. Einen Beweis dafür könnte nur die pathologische Anatomie erbringen.

Über den Einfluß der Suspension auf eine schon bestehende Psychose hat sich schon *Wagner-Jauregg* und neuerdings *Herschmann* geäußert. Beide Autoren legen dabei das Hauptgewicht auf die Zirkulationsstörung.

Der Defekt ist übrigens kein so vollständiger, als man auf den ersten Blick glauben möchte. Dies beweist die große Zahl der Erinnerungsinseln, von denen die Amnesie durchsetzt ist. Von diesen soll noch später die Rede sein. Dafür spricht ferner das Ergebnis der Merkfähigkeitsübungen. Ich halte es für verfehlt, wenn man den diagnostischen Wert dieser Methoden — vom therapeutischen überhaupt nicht zu reden — allzu hoch einschätzt, weil die Kranken den Zweck der Übung meist nicht einsehen und daher unwillig und widerspenstig sind. Immerhin haben sie in unserem Falle insofern gute Dienste geleistet, indem durch die Ersparung das Bestehen von Merkfähigkeitsresten erwiesen wurde. Bezüglich der Untersuchungstechnik verweise ich auf die Arbeiten *Brodmann*s und *Gregor*s. Am besten hat sich in unserem Falle das Verfahren mit unzusammenhängenden Wortreihen bewährt. Die Zahlenreihen haben bekanntlich den Nachteil geringer Abwechselungsmöglickkeit, und die sinnlosen Silben stießen natürlich am meisten auf den Widerstand der Pa-



tientin. Um nicht zu ermüden, beschränke ich mich darauf, ganz kurz einige Ergebnisse zusammenzustellen.

I. Gruppe (akustische Exposition):

6gliedrige Reihen werden nicht erlernt,
4 ,, ,, ,, meist sofort behalten,
5 ,, ,, ,, siehe Tabelle I.

Tabelle I.

Tag der Übung	Wortreihe	Zahl der Wiederholungen	erlernt	Bemerkungen
1.	A	20	0	
	B	20	0	
2.	A	6	+	
	B	12	0	unaufmerksam und widerwillig
	C	1	+	
	D	2	+	
4.	A	9	+	
	B	2	+	
	C	2	+	
	D	1	+	
	E	5	+	
	F	20	0	unaufmerksam
5.	A	20	0	richtige Worte konsequent in falscher Reihenfolge
	B	1	+	
	C	1	+	
	D	6	+	
	E	20	0	wie bei A
	F	20	0	
	G	20	0	
	H	6	+	

Reihe	Zahl der Wiederholungen
A	20, 6, 9, 20
B	20, 12, 2, 1
C	1, 2, 1
D	2, 1, 6
E	9, 20
F	20, 20.

II. Gruppe (optische Exposition):

6 gliedrige Reihen werden nicht erlernt,
4 „ „ „ meist sofort behalten,
5 „ „ siehe Tabelle II.

Tabelle II.

Tag der Übung	Wortreihe	Zahl der Wiederholungen	erlernt
1.	A	10	+
2.	A	10	+
	B	26	+
3.	A	4	+
	B	7	+
	C	5	+
4.	A	3	+
	B	5	+
	C	1	+
	D	11	+

Reihe	Zahl der Wiederholungen
A	10, 10, 4, 3
B	26, 7, 5
C	5, 1.

Bei der akustischen Exposition ist eine bemerkenswerte Ersparung nur bei den beiden ersten Reihen zu erkennen. Bei der optischen Exposition ist die Ersparung deutlich, auch zeigt sich, daß die optische Methode viel bessere Resultate gibt als die akustische. (Vgl *Gregor.*)

Die angeführten Versuche wurden im Oktober vorgenommen. Im Dezember wurden die Übungen wiederholt, doch gelang diesmal nur mehr die Erlernung 4gliedriger Reihen. Es steht dies in einem scheinbaren Widerspruch mit anderen Gedächtnisleistungen, die im Dezember noch nicht wesentlich schlechter waren. Neuerlerntes haftet eben um so besser, je stärker seine affektive Betonung ist. Wir haben als ein Beispiel hierfür die Zeitungsnotiz von dem ertrunkenen Knaben gebracht.

Wie reagiert nun unsere Kranke auf ihren Defekt? Zunächst zeigt sie eine gewisse Krankheitseinsicht, die anfangs am besten ist, später abnimmt, ohne jedoch, soweit die Beobach-



tung reicht, vollständig verloren zu gehen. Diese Einsicht dürfte auch der Grund sein, warum wir bei der Pat. fast keine Konfabulationen finden. Diese namentlich mit Rücksicht auf die Schwere des Defektes höchst merkwürdige Erscheinung verleiht dem Krankheitsbild sein eigenartiges Gepräge. Die überwiegende Mehrheit der Korsakoffkranken verwendet aus der ihnen zu Gebote stehenden Erinnerungsmasse das nächst Beste zur Ausfüllung des Defektes, um, wenn dieses abgelehnt wird, ohne Verlegenheit zu etwas anderem zu greifen. Von unserer Pat. dagegen hören wir zunächst regelmäßig die Antwort „Ich weiß es nicht", und darin zeigt sie, allen Suggestionsversuchen trotzend, die gleiche Konsequenz wie in den wenigen positiven Angaben, die sie bietet. Später, mit Abnahme der Einsicht, treten wohl hie und da einzelne Konfabulationen auf („Ich bin mit der Bahn angekommen" — „Ich war die ganze Zeit auf den Bauten beschäftigt"), Pat. ist aber auf energischen Widerspruch immer bereit, die Möglichkeit eines Irrtums zuzugeben („Vielleicht habe ich es geträumt"). Es bietet auf diese Weise unser Fall einen interessanten Einblick in den psychischen Mechanismus der Konfabulation und lehrt uns, daß für diese nicht die psychische Aktivität, an der ja unsere Pat. keinen Mangel leidet, sondern die Krankheitseinsicht das Entscheidende ist, die der überwiegenden Mehrzahl der Korsakoffkranken mehr oder weniger vollständig fehlt. Eine weitere Folge der Krankheitseinsicht ist jedoch die anfangs sehr ausgesprochene ängstlich - traurige Stimmungslage, die sich in einigen fast stereotypen Sätzen wie „Ich möchte von meinem Leben etwas wissen" oder „Ich möchte doch auf der Welt sein" immer wieder äußert, später jedoch mit zunehmender Demenz verblaßt und einer sehr labilen Affektivität weicht, deren Charakter je nach den äußeren Geschehnissen, noch mehr aber nach dem Wahninhalt rasch wechselt. In einem gewissen Widerspruch zur Krankheitseinsicht stehen die dem Bedürfnisse der Pat., für die unverständliche Situation eine Erklärung zu finden, entspringenden Wahnideen, die der ersten Periode der Krankheit das charakteristische Gepräge verleihen. Trotz anfangs noch leidlich gut erhaltener Intelligenz und relativer Krankheitseinsicht vermag sie doch nicht den wahren Grund ihres Defektes



zu erkennen und sucht daher nach äußeren Ursachen, unter denen Vergiftungsideen, namentlich aber der Aufenthalt in der Anstalt als solcher erscheinen. „Hier bin ich vergeßlich, draußen weiß ich alles.“ Ein reichliches Material für wahnhafte Verarbeitung bieten auch die zahlreichen Erinnerungsinseln in ihrem bunten Wechsel, die wegen ihrer Flüchtigkeit sowie wegen der Unmöglichkeit der zeitlichen Lokalisation von der Pat. für Träume gehalten werden. Das interessanteste Beispiel dieser Art ist der dank seiner starken affektiven Betonung sehr stabile Notzuchtwahn, entstanden daraus, daß die Pat. noch in der Zeit ihrer Virginität zu leben meint, dabei aber weiß, daß sie Kinder hat. Man wäre da fast versucht, zu sagen, daß unsere Pat. mit ihrem in seelischen Leiden gezeugten Erklärungswahn (*Liepmann*) hoch über dem Kranken *Picks* steht, der jeden ihm vorgehaltenen Widerspruch skrupellos durch einen noch größeren Unsinn auszugleichen sucht. Dazu kommen endlich die so häufigen Personenverwechslungen, die wohl weniger einer etwaigen zufälligen Ähnlichkeit als dem Verblassen der originalen Erinnerungsbilder zuzuschreiben sind.

Zum Unterschied von den oben besprochenen Traumerzählungen, die in Wirklichkeit verkannte Erinnerungen sind, treten später Angaben auf, die von jenen auf den ersten Blick verschieden und wohl wirkliche Träume sind. Sie sind, wie der weitere Verlauf zeigt, die Wurzel neuer Wahnideen und leiten in die zweite Periode der Krankheit über. Mit großer Regelmäßigkeit und Beharrlichkeit kehren sie eine Zeitlang wieder, sie haften ja dank ihrer starken Affektbetonung viel besser als die Erlebnisse der Wirklichkeit, namentlich zwei von ihnen, der Kaisertraum und der Bautraum, der an die Lehrzeit ihres ältesten Sohnes anknüpft. Dazu kommen noch mannigfaltige Sexualträume, deren Gegenstand nicht immer nur der Kaiser ist (Pfarrer), vermischt mit Teilen aus dem Erklärungswahn der ersten Periode. Alles das wirbelt bunt durcheinander, und das Gemisch aus eingebildeten Reichtümern und gehobenem Selbstgefühl verdrängt oft glücklich das Elend der Wirklichkeit. Bald tritt diese wieder in ihre Rechte, die Kranke fühlt sich betrogen und beraubt und ist sehr unglücklich.



Allmählich verblaßt der Wahn, und langsam vollzieht sich der Übergang in die dritte und vorläufig letzte Krankheitsperiode, die durch den eintönigen Wechsel zwischen dem Gefühl trauriger Vereinsamung — man hat ihr Mann und Kinder genommen, niemand kümmert sich um sie — und läppischer Heiterkeit charakterisiert ist.

Und die Prognose? Auch wenn man die Annahme einer Summation aus Suspensions- und Alterspychose ablehnt, kann man bei der schon deutlich fortschreitenden Demenz auf eine Restitution nicht mehr rechnen. Es hat eben die schwere Kreislaufstörung in dem schon in der Involution befindlichen, durch die Arteriosklerose in seiner Ernährung beeinträchtigten Gehirn zu einem weitgehenden Untergang der morphologischen Träger des Gedächtnisses geführt.

Fassen wir also noch einmal die wesentlichen Merkmale des Falles zusammen, so sind es 1. der große zeitliche Umfang des Defektes, 2. die relativ gute Krankheitseinsicht, 3. die geringe Neigung zur Konfabulation, 4. der Krankheitsverlauf in 3 Perioden, deren erste durch den Erklärungswahn, deren zweite durch die Größenwahnideen, deren letzte endlich durch die Verblödung charakterisiert ist.

Literatur.

Wagner-Jauregg, Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 8; *Herschmann*, Wiener klin. Wschr. 1914. — *Brodmann*, Journal f. Psych. u. Neurol. 1, 3. — *Gregor*, Mtschr. f. N. u. P. 21, 55. — *Liepmann*, Neurol. Ztlbl. 29. — *A. Pick*, Zeitschr. f. d. ges. N. u. P. 28.



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

94. Ordentliche Generalversammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 17. Juli 1920 in Bonn.

Anwesend sind: *Adams*, *Aschaffenburg*, *Benthaus*-Köln (Gast), *Beyer*, *Bickel*, *Bodet*, *Deiters*, *v. Ehrenwall*, *Erlenmeyer*, *Fabricius*, *Finkelnburg*, *Flügge*, *Geller*, *Gerhartz*, *Göring*, *Hennes*, *Herting*, *Hübner*, *Paul Jacoby*, *Kloth*, *König*, *Krantz*-Köln (Gast), *Liebmann*, *Löb*, *Löwenstein*, *Lückerath*, *Mappes*, *Marx*, *Mörchen*, *Mohr*, *Neuhaus*, *Niemeyer*, *Opitz*-Bonn (Gast), *Oppenheimer*, *Peretti*, *Poppelreuter*, *Raether*, *Recktenwald*, *Rumpf*, *Schmitz*-Bonn, *Kurt Schneider*-Köln, *Schneider*-Ensen, *Schwan*, *Siebert*, *Sioli*, *Sostmann*, *Steinbrecher*, *Tödter*, *Trapet*, *Umpfenbach*, *von der Helm*, *Voß*, *Weinbrenner*, *Weingärtner*, *Werner*, *Westphal*, *Wiehl*, *Wilhelmy*, *Witte*.

Durch den am 21. Dezember 1916 in Bonn erfolgten Tod des Geheimrat *Pelman* hat der Verein seinen langjährigen Vorsitzenden verloren. Mit ihm ist auch der letzte der Mitglieder dahingegangen, welche am 6. Juni 1867 in Bonn zusammentraten, um den Psychiatrischen Verein der Rheinprovinz zu gründen. *Pelman* wurde auch in der ersten Generalversammlung des Vereins am 9. November 1867 mit *Nasse* und *Richartz* in den Vorstand gewählt, dem er bis zu seiner Berufung nach Stephansfeld 1871 als Sekretär angehörte. Er wurde dann nach dem Tode von *Werner Nasse* 1889 Vorsitzender des Vereins und wurde in den folgenden Jahrzehnten als solcher immer wiedergewählt. So konnte er auch noch in voller körperlicher und geistiger Frische der Kriegstagung am 25. Juni 1916 vorsitzen. Seine Absicht, das 50 jährige Stiftungsfest des Vereins 1917 durch eine Glanzsitzung zu feiern, wurde durch die Weltereignisse unmöglich gemacht. Die Zahl der Mitglieder des Vereins hat sich unter *Pelman*s Vorsitz von 62 auf 164 erhöht. *Pelman* hat ein Alter von 78 Jahren erreicht. Sein Andenken wird noch lange im Psychiatrischen Verein der Rheinprovinz fortleben.

Geheimrat *Peretti*-Grafenberg leitet die erste Friedenssitzung. Er gedenkt zunächst in warmen Worten des verstorbenen Vorsitzenden, indem er namentlich seine Verdienste um den Verein hervorhebt. Dann macht er davon Mitteilung, daß der Verein seit der letzten Sitzung (1916) folgende Mitglieder durch den Tod verloren hat: Geheimrat *Brockhaus*-Godesberg, Oberarzt *Jos. v. Ehrenwall*-Ahrweiler, San.-Rat *Goldstein*-Aachen, San.-Rat *Jannes*-Eschweiler, San.-Rat *Kerris*-Süchteln, General-



oberarzt *Rieder*-Coblenz, Geh. Reg.- u. Med.-Rat *Schlecht*-Trier, Geheimrat *Schulz*-Coblenz, Geheimrat *Schwartz*-Köln, Oberarzt *Sommer*-Bendorf, Nervenarzt *Strakosch*-Langenschwalbach. Er erinnert an den Tod von *Heinrich Schüle*, *Carl Moeli* und des noch am 6. Oktober 1918 bei Bémont Ferme in der Champagne gefallenen früheren Mitglied des Vereins *Ludwig Scholz*-Bremen. Die Versammlung ehrt die Verstorbenen in üblicher Weise.

Neu aufgenommen werden: Privatdozent Dr. *König*-Bonn, Arzt der Psychiatrischen Klinik in Bonn Dr. *Kloth*, Privatdozent Dr. *Löwenstein*-Bonn, Oberarzt *Marx*-Ahrweiler, Volontärarzt Dr. *Oppenheimer*-Bonn, Privatdozent Dr. *Poppelreuter*-Bonn, Privatdozent Dr. *Kurt Schneider*-Köln.

Die Vorstandsmitglieder *Peretti*, *Westphal*, *Umpfenbach* werden wiedergewählt, Professor *Aschaffenburg*-Köln und Landespsychiater Geheimrat *Neuhaus*-Düsseldorf neugewählt. Dem Kassenführer wird Entlastung erteilt. Es wird beschlossen, einen einmaligen Beitrag von 5 Mark zu erheben. Die Festsetzung des Termins für die nächste Generalversammlung wird dem Vorstand überlassen. Wegen Papiermangels ist der Verlag für die nächste Zeit nicht mehr imstande, Separatabdrücke für die Mitglieder zu liefern. Der Sitzungsbericht wird aber weiterhin wie bisher kostenlos in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie Aufnahme finden.

Westphal-Bonn: Krankenvorstellung[1]).

Peter Kröll, 29 Jahre alt. Keine Hereditát. Nichts von vorausgegangener Infektionskrankheit bekannt. Beginn des Leidens 1919 mit tonischen Krämpfen vorwiegend in den Beugern des Unterschenkels und den Dorsalflexoren des Fußes und der Zehen des linken Beins. Hierdurch bedingt ganz vertrakte Gangstörung mit Beugekontraktur im linken Kniegelenk, dorsalflektiertem und stark abduziertem Fuß. Seltene klonische Zuckungen in den betreffenden Muskeln. Die tonischen Krämpfe treten anfallsartig im Liegen, Stehen und Gehen auf. Allmähliches Verschwinden dieser Störung. Gang zurzeit nur wenig behindert. März 1920 Beginn der Bewegungsstörung im linken Arm. Zuerst typische Athetose in den distalen Gelenken. Allmählich mehr choreiformer Charakter der Bewegungen, die den ganzen Arm und die Schultermuskeln ergreifen. Überreste der früheren Athetose in Gestalt von vorübergehenden, spastischen Zuständen mit „Stellungsfixation" in einzelnen Gelenken. Neigung zu Kontrakturen. Häufig Ziehen des ganzen Arms nach dem Rücken, heftiges Anschlagen und Anpressen des Armes an die Brust. Mitunter wilde, ganz ungeordnete Jaktationen, bei denen die ganze Muskulatur der linken oberen Extremitäten vom Schultergürtel bis zu den Handmuskeln in Zuckungen gerät. Die Zuckungen sind mit außerordentlich heftigen Schmerzen verbunden, Tag und Nacht andauernd, bringen den

[1]) Dieser Fall wird in Verbindung mit anderen Beobachtungen ausführlich veröffentlicht werden.



Patienten zur Verzweiflung. Nur durch Hyoszin-Injektionen wird vorübergehend Erleichterung erzielt. Objektiv keine Sensibilitätsstörung nachweisbar. Blasen- und Mastdarmfunktion intakt. Sehnenreflexe gesteigert, Fußklonus mitunter hervorzurufen. Bauchdeckenreflexe erhalten. Pupillenreaktion prompt. Keine Augenmuskellähmungen. Im Beginn der Erkrankung zeitweilig Doppelsehen. Deutlicher Nystagmus. Temporale Abblassung der rechten Papille, linke Papille in toto abgeblaßt (Prof. *Stargardt*). Wassermann im Blut negativ.

Der Vortragende möchte wegen des charakteristischen, ophtalmoskopischen Befundes, der bisher bei der Encephalitis epidemica, soweit *W.* die Literatur übersieht, nicht erhoben zu sein scheint, die Diagnose mit allem Vorbehalt auf multiple Sklerose stellen, trotz der eigenartigen, für diese Krankheit atypischen Bewegungsstörung, welche bei der herrschenden Epidemie zunächst in erster Linie an das Bestehen einer Encephalitis choreatica denken ließ; der Nystagmus ist bei der Häufigkeit, mit der er bei beiden Erkrankungen beobachtet wird, differentialdiagnostisch nicht verwertbar. Diese Beobachtung läßt die Frage aufwerfen, ob und welche Beziehungen zwischen gewissen, der Encephalitis epidemica zuzurechnenden Krankheitsformen und manchen Fällen von akuter, multipler Sklerose bestehen? Nur von weiterer, lange Zeit fortgesetzter, klinischer Beobachtung der betreffenden Fälle und sich anschließender anatomischen Untersuchungen wird vielleicht eine Beantwortung dieser, für die Auffassung beider Krankheiten wichtigen Frage zu erwarten sein.

In der Diskussion weist *Recktenwald*-Andernach auf den verschiedentlich vermuteten pathogenetischen Zusammenhang von Enzephalitis und multipler Sklerose hin und erwähnt einen kürzlich beobachteten Fall, der nach Vorgeschichte, klinischem Bild und Ausgang als Grippenzephalitis zu deuten war, und der genau dieselben motorischen Reizerscheinungen wie der vorgestellte bot.

Voß-Düsseldorf berichtet über die Weiterentwicklung der von ihm 1917 beschriebenen 100 Kopfverletzten, zu denen noch weitere 43 später beobachtete Fälle hinzukommen. Die Häufigkeit der traumatischen Epilepsie unter den ersten Fällen ist von 37 auf 61% gestiegen. Unter den Kopfschüssen des Jahres 1914/15 fanden sich 52,6, unter den später Verwundeten 36% Epileptiker. Die Annahme, daß Epilepsie besonders häufig nach Scheitelhirnverletzungen auftritt, hat sich bestätigt. Psychogene Störungen bei Kopfverletzten sind nach dem Kriege seltener geworden, hystero-epileptische Anfälle sah *V.* nie, wohl aber die Entwicklung hysterischer Anfälle aus dem epileptischen heraus. Es kommt nicht selten vor, daß echt epileptische Anfälle von den Kranken unterdrückt werden können. Das Verhalten des Blutdrucks bietet keine diagnostische Handhabe zur Erkennung der traumatischen Epilepsie. Am Schlusse der Ausführungen betont *V.* die Häufigkeit der Schlafstörungen nach Kopfschüssen.



Zum Vortrag erwidert *Poppelreuter*: Bei der von mir beschriebenen geringen Blutdruckerhöhung handelt es sich nicht um ein Merkmal des einzelnen Falles, sondern einer Gruppe. Daß der mittlere Blutdruck von etwa 20 epileptischen Hirnverletzten höher ist als der von 20 nicht epileptischen. Ich habe den Ausführungen des Vortragenden nicht entnehmen können, ob seine Resultate in diesem Sinne die meinen widerlegen. Es scheint mir zweifelhaft, weil er ja einen ungleich viel höheren Prozentsatz an Epileptikern aufstellt als ich, und daß dann mit einer anderartigen Gruppierung der Fälle in epileptische und nicht epileptische auch das Gruppenmittel der Blutdrucke sich verschieben muß, liegt auf der Hand.

Hübner-Bonn: Einige Kapitel aus dem Eherecht der geistig Abnormen.

Vortragender bespricht einige Entscheidungen des RG. betr. die §§ 1568 und 1569 BGB. (Der Vortrag erscheint monographisch bei Marcus und Weber in Bonn.)

Steinbrecher-Grafenberg berichtete über die Pockenepidemie, die im Oktober 1919 in der Anstalt Grafenberg ausbrach und im Januar 1920 erlosch:

Es erkrankten im ganzen 20 Geisteskranke und 2 Pfleger, ferner die Schwester eines Geisteskranken, die ihren Bruder in der Anstalt besucht hatte; der Epidemie erlagen 3 Geisteskranke, wovon einer an der hämorrhagischen Form der Pocken erkrankt war. Die Epidemie wurde eingeschleppt durch einen, aus einer benachbarten Industriestadt eingewiesenen Kranken, von dem die Anstalt erst nachträglich erfuhr, daß er an Pocken erkrankt gewesen sei, während bei der Aufnahme nur erwähnt worden war, daß der Kranke vorübergehend pockenverdächtig gewesen sei.

Der Vortragende faßte die Lehren und Erfahrungen, die sich ihm bei der Bekämpfung der Seuche ergeben hatten, in folgenden Sätzen zusammen:

1. Patienten, die als pockenverdächtig eingeliefert werden, müssen für mehrere Wochen nach Möglichkeit abgesondert werden, dürfen jedenfalls nicht in einem Wachsaal verpflegt werden.

2. Erkrankt ein Patient an Pocken, so empfiehlt es sich, den Kranken sofort in einem anderen, leerstehenden Hause zu isolieren und auch über die Abteilung, wo der Kranke zuerst lag, strenge Sperre zu verhängen.

3. Bei Ausbruch einer Epidemie müssen alle Ärzte, Pfleger und alle Patienten sich einer sofortigen Schutzimpfung unterziehen; war die Impfung ohne Erfolg, so muß sie wiederholt werden.

4. Es ist von der größten Wichtigkeit, die Übertragung der Seuche auf die zentralen Betriebe der Anstalt, wie Kochküche, Waschküche, zu

verhüten. Zu diesem Zwecke muß streng darauf gesehen werden, daß kein Eßgeschirr, keine Mineralwasserflaschen usw. in die Küche zurückgegeben werden, auch keine Arzneigefäße in die Apotheke; das Essen muß unter peinlicher Vorsicht in bereitgestellte Gefäße gefüllt werden, die vor dem Zaun der abgesperrten Abteilung stehen.

Bezüglich der Wäsche empfiehlt es sich, einen Waschkessel im Hofe der betreffenden Abteilung aufzustellen und die Wäsche erst kurz aufzukochen, ehe sie in die Waschküche weitergegeben wird.

5. Da die Pockenerkrankung bei geimpften Menschen nicht immer zu einem gut ausgeprägten Ausschlag führt und andererseits Geisteskranke häufig über Beschwerden nicht klagen, empfiehlt es sich, abgesehen von der öfters vorzunehmenden Inspektion des nackten Körpers die Diagnose durch tägliche Temperaturmessungen zu unterstützen.

6. Nach Erlöschen der Epidemie genügt für Irrenanstalten nicht die vorgeschriebene Wartezeit von 14 Tagen, zweckmäßig ist die Sperre noch weitere 14 Tage aufrecht zu erhalten, nachdem die Kranken alle abgebadet und in frischen Kleidern in ein anderes Haus übergesiedelt sind

7. Auch in dieser Zeit dürfen weder Versetzungen von Personal noch von Kranken vorgenommen werden.

8. Die Desinfektion eines Hauses geschieht in der Reihenfolge, daß zuerst wertlose Gegenstände, auch das Stroh der Strohmatratzen oder Strohsäcke, verbrannt, alles Bettzeug ausgekocht und abgeliefert wird. Dann wird die Abteilung mit Formalin desinfiziert; hierauf werden die Roßhaarmatratzen u. dgl. in den Desinfektionsapparat gegeben, schließlich wird man gut tun, die Abteilung neu anstreichen zu lassen.

Durch die Beobachtung dieser Maßregeln gelang es, die Epidemie in der Anstalt Grafenberg auf ihren Herd zu beschränken und in kurzer Zeit zum Erlöschen zu bringen.

Zur Diskussion macht *Rumpf*-Bonn einige Angaben über eigene Beobachtungen während seines Hamburger Aufenthaltes.

Kurt Schneider-Köln: Der Krankheitsbegriff in der Psychiatrie.

Die Forschung des Psychiaters hat grundsätzlich dualistischen Charakter. Der Krankheitsbegriff kann sich nur nach der körperlichen Reihe orientieren; die Psychologie kennt nur Varianten. Es ist logisch falsch, von „Geisteskrankheiten" zu reden; erkranken kann nur der materielle Unterbau des Seelischen, das Gehirn. Dies gilt für jede, auch für die materialistische Auffassung: niemals benennt man Krankheiten nach „Produkten" von Organen. — Wann kann man seelische Erscheinungen wenigstens „krankhafte Symptome" nennen?, immer dann, wenn man sie auf krankhafte Vorgänge oder Zustände des Gehirns zurückführen kann, also in der ganzen symptomatischen Psychiatrie. Daß uns der Gehirnzustand



immer nur das Dasein, nie das Sosein der seelischen Störung erklärt, ändert daran nichts. Anders liegen die Verhältnisse bei den Psychopathien und psychopathischen Reaktionen. Hier bedeutet „krankhaft" das Dogma eines besonders gearteten Gehirnbaues. Davon weiß man nichts, und da dem Begriff jedes objektive Maß fehlt, muß er wertend und unsachlich sein. Es ist daher richtiger und vorsichtiger, hier nicht von krankhaften, sondern nur von abnormen Erscheinungen zu reden. Die Stellung richtet sich hier ganz nach der Stellung zum psychophysischen Problem, das durch empirische Beobachtungen nicht zu lösen ist. Jedes Ergebnis läßt sich in der Sprache jeder Grundanschauung ausdrücken. (Erscheint anderswo ausführlich.)

Marx-Ahrweiler berichtet über die *Weichbrodt*sche Sublimatreaktion, ihre Bedeutung für die Lues des Zentralnervensystems und ihre Verwertung mit anderen Eiweißfällungsreaktionen; seine Untersuchungen in der Hamburger Psychiatrischen Klinik erstrecken sich auf über 100 Fälle von Paralyse, Taboparalyse, Lues cerebri, nicht luischen organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems und funktionellen Neurosen.

Die *Weichbrodt*sche Sublimatreaktion ist nicht spezifisch für Lues des Zentralnervensystems; bei einer Ablesung nach ¼ Stunde ist sie weniger empfindlich als Ph. I; in ⅓ der Fälle von Paralyse allerdings stärker ausfallend als Ph. I; bei einer Ablesung nach 24 Stunden ist die *Weichbrodt*sche Sublimatreaktion empfindlicher als Ph. I; in 93% der Fälle von Paralyse stärker als Ph. I.

Die 40% Ammoniumsulfatreaktion nach *Kafka* war hauptsächlich positiv bei Lues cerebri.

Die 33% Ammoniumsulfatreaktion war nur positiv bei Paralyse.

Vortragender empfiehlt eine gemeinsame Verwertung der Sublimatreaktion und der *Nonne*schen Reaktion in dem Sinne, daß eine starke Sublimatreaktion bei mäßiger Ph. I für Paralyse spricht. Die fraktionierte Ammoniumsulfatreaktion nach *Kafka* eignet sich gut zur Charakterisierung der Form der Lues des Zentralnervensystems.

Witte-Bedburg demonstriert Mikrophotographien eines Falles paralyseähnlicher Demenz bei einem 42jährigen Imbezillen, welche ebenso wie ein früher von *Alzheimer* beschriebener Fall durch das massenhafte Auftreten eigenartiger mit metachromatischen Anilinfarben sich metachromatisch färbender Abbauprodukte in den Gliazellen der Marksubstanz des gesamten Zentralnervensystems charakterisiert ist. Auch das Lipochrom mancher Ganglienzellen zeigt eine ähnliche Störung. Außerdem finden sich die gleichen Abbaustoffe in den Parenchymzellen des Hypophysenvorderlappens, der Nieren, des Hodens und der Leber. Dieser Fall, eine wahrscheinlich angeborene



Störung des Abbaus, bei welcher die Veränderungen des Zentralnervensystems bei weitem überwiegen und dem klinischen Bild das Gepräge geben, ist in doppelter Hinsicht bemerkenswert. Erstens deutet der Befund an zahlreichen metachromatischen Harnzylindern in den Nieren auf die Möglichkeit hin, in ähnlichen Fällen, welche mit Nierenstörungen verbunden sind, durch den Nachweis solcher Zylinder im Urin die Krankheit in vivo zwar nicht zu diagnostizieren, ihr aber wenigstens auf die Spur zu kommen und einer chemischen Analyse der Abbaustoffe, deren Bedeutung *Alzheimer* nachdrücklich hervorhebt, die Wege zu bahnen. Zweitens legt die Erkrankung von Drüsen der inneren Sekretion die Frage nahe, ob dieselbe vielleicht der anatomische Ausdruck für eine Störung der inneren Sekretion im Sinne von *Abderhalden* ist, eine Frage, deren Beantwortung wohl erst nach einer Durchforschung weiterer Fälle gelingen wird. Der demonstrierte Fall zeigt, welch eine Bedeutung der genauen anatomischen Untersuchung auch der Körperorgane bei organischen Geistesstörungen mit pathologischem Abbau zukommt.

Mörchen-Wiesbaden, Dietenmühle: Die biologischen Selbstschutzvorrichtungen bei den seelisch und nervös Unterwertigen.

Die ätiologische und psychologische Betrachtung des Themas „Kriegsneurose“, das in deskriptiv-klinischer Hinsicht wohl erschöpft ist, rückt die Hysterielehre *Freud*s, *Adler*s („nervöser Charakter“), *Neutra*s („Seelemechanik auf lustenergetischer Grundlage“) in eine neue Beleuchtung. Die Übertreibungen und Einseitigkeiten der psychanalytischen Methoden berechtigen nicht zu einer allgemeinen Ablehnung dieser Lehre überhaupt. Rein seelischen (für unsere Erfahrung) Vorgängen kommen wir mit bloßen exakten Methoden nicht näher. Einfühlung in die verständlichen Zusammenhänge bringt uns dem Wesen auch der Hysterie näher.

Sozialpsychologisch erkennen wir die Wichtigkeit von Situation und Erlebnis für die Gestaltung abnormer Reaktionen, wie sie uns bei der sogenannten Kriegshysterie als Resultat eines Massenexperiments entgegentreten.

Individualpsychologisch begegnen wir durch intuitiv-einfühlende Betrachtungsweise dem „inneren Konflikt“, dem Trieb-Moralkampf, dem Widerstreit zwischen Natur und Kultur. Die individuelle Unlösbarkeit des Konflikts ist die Wurzel der „Neurose“. Das bisher als wichtig betrachtete „psychische Trauma“ tritt an ursächlicher Bedeutung zurück. Es spielt nur die Rolle des auslösenden Moments bei sozialpsychologisch und individualpsychologisch geschaffener Krankheitsbereitschaft. Ebenso ist für das Verschwinden der neurotischen Reaktion nicht die „Heilmethode“ wesentlich, sondern das Eintreten der psychologischen Heilbereitschaft, die dann eine genügend suggestiv wirkende Heilmethode annimmt.



„Krankheits“- und „Heil“bereitschaft sind in erster Linie biologisch zu erfassende Faktoren bei der Entstehung der Neurose, die mit ihren Erscheinungen der seelischen und nervösen Abwehr- und Schutzreaktionen ebenfalls ein biologischer Vorgang sein muß. Wir sehen also in den Syptomkomplexen der „Hysterie“ keine „Krankheit“, sondern das Auftreten primitiver, zum Teil atavistisch vorkommender Schutzvorrichtungen gegen eine übermäßige Inanspruchnahme der psychischen Tragkraft. Der biologische Selbstschutz verhütet durch Einschaltung unterbewußter Mechanismen, durch Verlegung des im Oberbewußtsein unlöslichen Konflikts ins Unterbewußte das Eintreten ernsterer Schädigungen der schwächeren Anlage.

Bei der unterwertigen Anlage finden wir allgemein die Tendenz, die ihr eigenen biologischen Schwächeerscheinungen als Symptome scheinbarer Krankheit zu benutzen. So entwickeln sich psychomotorische und psychosensible Schutzmechanismen, ferner, was uns hier besonders interessiert, die sogenannte „Pseudopsychose“. Letztere meist als pseudodemente, pseudokatatone, pseudoparanoide Symptomkomplexe. Das äußere Zustandsbild kann dem echter Psychosen mit Erkrankung der psychophysischen Mechanismen sehr ähnlich sein, obwohl es sich hier nur um eine abartige Einstellung der an sich gesunden, psychophysischen Mechanismen handelt. Die Unterscheidung wird ermöglicht durch die intuitive Erfassung des psycho-ätiologischen Zusammenhangs mit seelischer Situation und Erlebnis, durch die psychoanalytische und allgemein psychotherapeutische Beeinflußbarkeit dieser Zustände und durch die psychologische Beobachtung der fast stets erkennbaren autosuggestiven Vorgänge, insbesondere bei der Entstehung der subjektiven Krankheitsüberzeugung.

Die biologische und psychologische Unterscheidung der bloßen Abwehrreaktionen gegenüber echten Krankheiten ist auch für die Therapie von größter Bedeutung.

Wiehl-Grafenberg: Ein Fall von posttraumatischer Demenz mit Spätepilepsie nach einer Dynamitexplosion in einem Bergwerk.

Vortragender berichtet über den weiteren Verlauf des von *A. Westphal* im Archiv für Psychiatrie Bd. 47 S. 106 „Über seltenere Formen von traumatischen und Intoxikationspsychosen“ eingehend beschriebenen Falles H. G.:

Am 15. 7. 1908 kamen die auf der 7. Sohle des Kohlenschachtes .... lagernden Sprengstoffe zur Explosion. Die nachmittags 3½ Uhr einfahrende Mannschaft fand zuerst den am 28. 11. 1874 geborenen Lehrhauer H. G., den man schon von weiten hatte stöhnen hören, bewußtlos auf. Die näher am Explosionsherd arbeitende Belegschaft war tot, nur der Bruder des H., der 24 Jahre alte J. G., war ebenfalls bewußtlos.



H. G. wurde sofort zutage befördert und ins Krankenhaus gebracht. Der erste Befund lautet: am Kopf und Körper weder Verletzungen noch Blutunterlaufungen noch Hautabschürfungen. Ist völlig bewußtlos. Tobt teilweise heftig. Krämpfe und Zuckungen der Muskulatur des ganzen Körpers. Pulsverlangsamung. Blut im Urin. Atmung oberflächlich. Herztöne rein.

Dauer der Rewußtlosigkeit, der allgemeinen Krämpfe und Muskelzuckungen 14 Tage. Unwillkürlicher Urin- und Kotabgang etwa 3 Wochen. Im Urin öfters Eiweiß und Blut. Nach Schwinden der Bewußtlosigkeit leicht lenksam, aber völlig verständnislos für seine Lage und Umgebung. Keine Erinnerung für seinen Unfall.

So nach Haus entlassen. Nachuntersuchung am 30. 11. 1908. Angabe der Frau: er komme ihr ganz verblödet vor; sei völlig interesselos, sein Gedächtnis habe er ganz verloren. Er könne nicht mehr die Uhr ablesen und nicht mehr schreiben. Beim Sprechen stoße er an und finde oft die Worte nicht. Der Gang sei unbeholfen und unsicher. Bis zum Unfall sei er ganz gesund gewesen.

Befund am 30. 10. 1908: blöder, etwas ängstlicher Gesichtsausdruck. Schädel nirgends druckempfindlich. Augäpfel dauernd in leichter Unruhe; Licht- und Konvergenzreaktion der gleich weiten Sehlöcher gut. Lidflattern. Mimik, Funktion der Kau- und Schlundmuskulatur, Zungenbewegungen frei. Sprache etwas schwerfällig, anstoßend. Gehör normal. Wirbelsäule nirgends druckempfindlich. Lungen, Herz normal. Puls kräftig, noch etwas langsam. Funktion der Verdauungsorgane gut. Urin ohne Eiweiß und Zucker. Schwäche der Muskulatur des linken Schultergürtels. Gang unsicher, zickzackartig; auch Bewegungen mit den Gliedern und Kopf schleudernd und ataktisch. Der Knie- und Achillessehnenreflex wegen Spannung nicht auslösbar. Kein Fußklonus. Keine Muskelkrämpfe mehr. Schmerz-, Wärmeempfindung normal, aber schlecht lokalisiert. Geistig: unbehilflich in der Ausdrucksweise; kann seinen Namen nicht mehr schreiben und vorgeschriebenes nicht nachschreiben. Beinahe völliger Erinnerungsausfall für alle früheren Erlebnisse. Kann nur das Geburtsdatum nennen. Löst einfache Rechenaufgaben noch.

Diagnose: schwere Störungen des Gehirns und des gesamten Nervensystems durch Explosionsgase.

In der Folge 1908, 1909 und 1912 längere Zeit in der psychiatrischen und Nervenklinik in Bonn zur Nachbehandlung und Begutachtung. Bringt nie irgend welche Klagen vor. Körperlich: normaler Befund. Nur im Februar 1909 ist vermerkt, daß die gut reagierenden Sehlöcher etwas entrundet und der Gang etwas unbeholfen sei. Geistig: völlige gemütliche Verblödung, erhebliche intellektuelle Schwäche, schwere Störungen der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses, der Orientierung; auf Fragen gelegentliches Konfabulieren, Perseverieren und Vorbeireden. Komplete Agraphie, gelegentliches Verlesen bei allgemein erschwertem und ver-



langsamtem Lesen, apraktisch beim sich Anziehen und sonstigen komplizierten Handlungen [1]).

Von 1913 an bei seiner Frau. Um Weihnachten 1916 die ersten Krampfanfälle, mit einem Schrei einsetzend, mit tonischen Krämpfen, schnaubendem Atmen, Zungenbiß und Urinabgang einhergehend und schließlich in Schlaf übergehend. Nachher sehr reizbar. Schließlich wöchentlich mehrere Anfälle. Zunehmender geistiger und körperlicher Verfall. Erkennt seine Kinder nicht mehr; findet sich im Haus nicht zurecht. Unsauber. Deshalb am 26. 5. 1918 in die städtische Krankenanstalt E., wo geistige Verblödung und körperlich atrophische Glieder, r > l Kniesehnenreflexe, sehr enge, verzogene, lichtstarre Sehlöcher, verwaschene Sprache, gerade, aber unsicher herausgestreckte Zunge und negativer Wassermann festgestellt wurde.

Am 13. 7. 1918 Aufnahme in die Anstalt D. Grafenberg. Körperlich: sehr abgemagert. Schädel nirgends klopfempfindlich. Augenbewegungen frei. Hornhautreflex +. Sehlöcher l = r, sehr eng, ganz geringe Lichtreaktion. Mimik o. B. Sprache verwaschen. Zunge ohne Kraft gerade zitternd herausgestreckt. Lungen, Herz o. B. Bauchdeckenreflex +. Gang etwas unsicher, Bewegungen ohne Kraft, Beine in leichter Kontrakturstellung. Kniesehnenreflexe nicht auslösbar. Achillesehnenreflexe schwach. Babinski usw. negativ. Sensibilität normal. Urin frei von Zucker und Eiweiß. Wassermann im Blute negativ.

Geistig: völlig verblödet, stumpf zufrieden, ohne irgend ein Interesse. Auf Fragen nennt er nur sein Geburtsjahr. Geburtsort und Namen richtig; auf die meisten anderen Fragen antwortet er meist perseverierend mit 1874 (Geburtsdatum). Will vor einem Jahr einen Unfall durch Explosion erlitten haben und seither an Nervenzittern leiden. Örtlich, zeitlich desorientiert, findet sich im Raum schlecht zurecht.

In der Folge öfters typisch-epileptische Krampfanfälle mit zunehmendem Verfall. Am 24. 11. 1918 zwei schwere Krampfanfälle, aus denen er sich nicht mehr erholt. Am 1. 12. 1918 Exitus.

Sektionsbefund: sehr dickes und schweres Schädeldach. Spongiosa fehlt beinahe ganz. Nirgends Spuren einer früheren Verletzung. Die harte Hirnhaut nirgends mit dem Schädeldach verklebt; ihre Außen- und Innenfläche glänzend und spiegelnd. Nur im Bereich der Pacchionischen Wucherungen Verwachsungen mit der weichen Hirnhaut. Diese diffus getrübt und stark ödematös durchtränkt, an der Hirnbasis teilweise fest mit der Hirnsubstanz verwachsen. Typische Anordnung der Hirnwindungen; nur an der Spitze der l. Stirn- und r. Hinterhauptslappen mikrogyrisches Aussehen in einem Radius von 3—4 cm. Hier die weiche Hirnhaut fest mit der Hirn-

[1]) Bezüglich der ausführlichen Krankengeschichte verweise ich auf die Arbeit von A. *Westphal*, Archiv für Psychiatrie Bd. 47, S. 106 f.



substanz verwachsen. Durchschnitte durch diese Gegend knirschen stark. Das Gewebe ist zäh und fest. Auf den Durchschnitten fehlt die Hirnrinde teilweise ganz, teilweise ist sie nur noch in Spuren vorhanden; in der weißen Hirnsubstanz befinden sich zahlreiche, parallel zur Oberfläche verlaufende, gelblich-graue, feste Narbenstränge, die teilweise kleine Hohlräume umschließen. Die gleichen Narben finden sich weiter beiderseits im Kleinhirn, r > l, ebenfalls parallel zur Oberfläche und in der Capsula interna. Die sonstigen Durchschnitte durch das Gehirn mit bloßem Auge ohne krankhaften Befund. Die Hirnhöhlen, besonders aber die Seitenventrikel, sehr stark erweitert, mit klarer, seröse Flüssigkeit angefüllt. Das Ependym glatt und glänzend. Das Rückenmark wird nicht herausgenommen. In der rechten Lunge frische hypostatische, pneumonische Herde.

Zu diesem Befund wird folgendes ausgeführt: Die schweren, narbigen Veränderungen am Gehirn des H. G. machen es sicher, daß die 14tägige Bewußtlosigkeit, die allgemeinen Muskelkrämpfe, die Pulsverlangsamung durch die durch den Explosionsdruck hervorgerufene Gehirnerschütterung und Zertrümmerung bedingt war. Es ist deshalb im höchsten Grad wahrscheinlich, daß auch die nachfolgende völlige geistige Verblödung mit dem amnestischen Symptomenkomplex[1]) nicht auf die Wirkung einer Explosionsgasvergiftung, wie früher angenommen wurde, sondern auf die schwere Gehirnerschütterung und Zertrümmerung zurückgeführt werden muß, zumal da H. G. am weitesten vom Explosionsherd entfernt aufgefunden wurde. Andererseits ist diese schwere Verblödung mit den amnestischen Störungen, durch die auch die apraktischen und agraphischen Erscheinungen zu erklären sind, aber auch nicht auf eine bestimmte Herderkrankung, wie etwa die gefundenen Narben am l. Stirn- und r. Hinterhauptslappen zu lokalisieren, sondern nur durch eine schwere und dauernde Schädigung der ganzen Hirnrinde mit den interkortikalen Bahnen zu verstehen. Für solche schwere Fälle von allgemeiner Verblödung nach Schädel- oder Gehirntrauma ist der Name „posttraumatische Demenz" der allein das Krankheitsbild ätiologisch und in seinem Verlauf und Ausgang charakterisierende. Sein Ausmerzen aus der Psychiatrie, wie dies 1918 in Würzburg *Forster* und *Poppelreuter* verlangt haben, ist deshalb nicht berechtigt.

Die erst 8 Jahre nach dem Unfall auftretende posttraumatische Epilepsie muß wohl auf den durch die Unfallsfolgen im Gehirn hervorgerufenen Hydrocephalus internus zurückgeführt werden, der dann in

[1]) Der Bruder J. G. lebt noch in der Nervenklinik in Bonn und bietet noch ganz dasselbe amnestische Krankheitsbild bei Verblödung wie H. G. früher.

der Folge auch den weiteren Verfall und den schließlichen Tod am 1. 12. 1918, also 10 Jahre nach dem Unfall und 2 Jahre nach dem Einsetzen der Krampfanfälle bedingte. Das späte Auftreten dieser Epilepsie trotz der schweren Zertrümmerung und Pressung des Gehirns durch den Explosionsdruck zwingt dazu, bezüglich der Prognosenstellung wegen einer Spätepilepsie bei Kriegshirnverletzten vorsichtig zu sein. Sollte aber bei einem solchen eine Spätepilepsie auftreten, dann legen die Beobachtungen und das Sektionsergebnis bei G. nahe, ob nicht durch eine Lumbalpunktion, d. h. durch Bekämpfen des vielleicht im Entstehen begriffenen chronischen, entzündlichen Hydrozephalus die Anfälle wieder zum Schwinden gebracht werden können.

Der Fall H. G. bietet aber weiter auch noch Anhaltspunkte zur richtigen Beurteilung der durch Explosionsdruck und Verschüttung Kriegsbeschädigten. Durch die Beobachtungen von *Aschaffenburg*, *Berger*, *Pick* u. a. ist bewiesen, daß bei Soldaten, die bald nach Verschüttungen und Granatexplosionen starben, Blutungen im Gehirn gefunden wurden, ohne daß äußere Verletzungen vorhanden waren. Es liegt in der Natur der Sache, daß solche Folgezustände von Verschüttungen nicht nur entweder zum Tod führen oder ausheilen. Es muß auch fließende Übergänge vom günstigsten zum ungünstigsten Ausgang geben. Solch ein Übergang aus der Friedenspraxis, bei dem ebenfalls alle äußeren Verletzungen und nach Abklingen der akuten Erscheinungen der Gehirnerschütterung jahrelang alle körperlichen Störungen fehlten, ist der Fall H. G. Bei Kriegsbeschädigten, die in der Vorgeschichte eine sicher erwiesene Schädigung durch Explosion von Granaten oder durch Verschüttung haben, und die in der Folge dann Charakterveränderungen, Nachlaß der geistigen Regsamkeit, Herabsetzung der Gedächtnis- und Merkfähigkeitsleistungen zeigen, muß deshalb, wenn diese Krankheitserscheinungen nicht durch äußere Ereignisse beeinflußbar sind und einen chronischen Charakter zeigen, immer zuerst an einen posttraumatischen Schwächezustand gedacht werden, bevor die Diagnose „Dementia praecox" gestellt wird. Gelegentlich sind auch solche posttraumatische Demenzen durch psychogene Störungen überdeckt. Die Diagnose wird dann oft schwierig. Wenn man aber die sich immer gleichbleibenden Ausfallserscheinungen abgrenzt von den durch äußere und innere Erlebnisse beeinflußbaren, wird auch in diesen Fällen eine richtige Wahrscheinlichkeitsdiagnose meist möglich sein. Für die Betroffenen ist diese Diagnose sehr wichtig, da ja von ihrem Ausfall meist die Beantwortung der Frage nach Kriegsdienstbeschädigung abhängt.

Diskussion. — *Westphal*-Bonn ist in der Lage, den jüngeren Bruder Peter Giesen, welcher sich noch in der Klinik befindet, kurz zu demonstrieren. Der Zustand des Patienten hat sich seit der Veröffentlichung der Krankheitsgeschichten dieses Bruderpaars durch *Westphal*[1]) wenig

[1]) Über seltenere Formen von traumatischen und Intoxikationspsychosen. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten Bd. 47, H. 1 u. 2.



verändert. Patient bietet das Bild schwerer gemütlicher und intellektueller Verblödung. Ausgeprochene körperliche Ausfallserscheinungen sind nicht vorhanden. Die apraktische Ratlosigkeit („ideomotorische Apraxie“) tritt noch deutlich in die Erscheinung. Es besteht andauernd komplete Agraphie. Der Krankheitsverlauf entspricht im wesentlichen einer stabil gewordenen Demenz, ohne Neigung zu weiterem, progressivem Verlauf.

Poppelreuter-Köln: Ich kann nicht finden, daß das Material des Vortragenden meine und *Forsters* in Würzburg vertretene These widerlegt. Für die Existenz der traumatischen Demenz im Friedenssinne können nur diejenigen Fälle verwertet werden, welche keine lokalisierten Ausfallserscheinungen auf intellektuellem Gebiete haben. Der Fall des Vortragenden hat nicht nur erhebliche sensorisch-aphasische, sondern auch optisch-agnostische und apraktische Ausfälle. Es ist ein gewöhnlicher Fall multipler Blutungen durch ein gewaltiges allgemeines Schädeltrauma. Daß dann das klinische Bild der Demenz entsteht, ist doch selbstverständlich, das hat aber mit dem Begriff der „traumatischen Demenz“ im Gegensatz zu den „Herdsymptomen“ nicht das mindeste zu tun. Ein Fall, der seelenblind und der inneren Sprache beraubt ist, ist nach dem Prüfungsergebnis dement. Was bleibt aus dem Kollektiv „Intelligenz“ denn noch übrig, wenn die „optische Intelligenz“, die „Sprachintelligenz“ und „Intelligenz der Handlung“ gestört ist? Doch sehr wenig. Fernerhin vermisse ich bei dem Vortragenden die Darstellung des progressiven Verfalles. Wenn sie auch bei dem Falle vorhanden wäre, so würde dieser Fall darum doch nicht heranzuziehen sein: daß größere Gehirnblutungen, welche nicht entleert werden, ausgedehnte progressive Erweichungen machen, ist pathologisch-anatomisch sicher gestellt. Daß aber solche nicht von dem klinischen Begriff der traumatischen Demenz gedeckt werden, ist ebenso sicher! *Umpfenbach.*

Bericht über die 101. Sitzung des Ostdeutschen Vereins für Psychiatrie zu Breslau am 24. Juli 1920.

Der Vorsitzende, Herr *Neißer*, eröffnet die Sitzung, begrüßt die erschienenen Mitglieder und Gäste und gedenkt der seit der letzten Sitzung verstorbenen Mitglieder, Geheimrat Dr. *Petersen*, Dir. der Prov.-Anstalt Brieg († 18. 7. 1917), Dr. *Eduard Heß*, Oberarzt an der *Kahlbaum*schen Anstalt in Görlitz († 14. 11. 1917), Geheimrat Dr. *Wilhelm Alter*, langjähriger Direktor der Irrenanstalt Leubus, Ehrenmitglied und Mitbegründer des Vereins († 13. 1. 1918) und Geheimrat *Simon*, bis vor kurzem Direktor der Irrenanstalt Lüben.



O. Foerster-Breslau: Ergebnisse der Kriegserfahrungen über Rückenmarksverletzungen.

F. bespricht zunächst die Frage des Mechanismus der Verletzung und unterscheidet den primären und sekundären Mechanismus; ersterer spielt die Hauptrolle; entweder handelt es sich um direkte Kontaktschädigung (Rückenmarksdurchschuß, echter Rückenmarkssteckschuß) oder um den sogenannten Erschütterungsmechanismus: das Mark wird lädiert, ohne daß das Geschoß dasselbe berührt (Wirbelprellschüsse, Wirbelsäulenstreifschüsse, Körperdurchschüsse ohne Berührung der Dura, Rippenschüsse, Becken-Schultergürtelschüsse; Verschüttung, Granatkontusion, Granatexplosion); hierbei überträgt sich die dem Geschoß innewohnende lebendige Kraft oder die Gewalt des Aufpralls oder die bei der Explosion plötzlich freiwerdende enorme Energie durch den Körper hindurch auf das Mark, das dadurch tangiert wird; dabei werden nun graduell verschiedene Alterationen erzeugt, im leichtesten Falle erfolgt temporäre Ausschaltung der Funktion ohne anatomische Läsion (Commotio medullae usw.), im schwersten Falle mehr oder weniger ausgedehnte Nekrose des Markes mit ihren Folgezuständen. Dazwischen liegen alle möglichen Übergänge. Der sekundäre Mechanismus liegt vor, wenn durch das Geschoß Knochenteile versprengt werden und das Mark oder Wurzeln lädieren, wenn kallöse Verdickungen des Knochens auf das Mark drücken, wenn Blutergüsse das Mark komprimieren; später, wenn Osteomyelitis sich entwickelt und das Mark beteiligt, wenn Meningitis purulenta entsteht, wenn Meningitis serofibrosa sich entwickelt, wenn Spondylitis deformans entsteht. — Bezüglich der anatomischen Veränderungen hebt *F.* besonders das Bestehen zahlreicher kleiner und kleinster disseminierter Nekroseherdchen, außer dem Hauptherd, hervor; es handelt sich entweder um Nekrose der nervösen Elemente mit Wucherung der Glia oder um Nekrose von ersteren und Glia zusammen, daher Malazia eventuell Narbenbildung durch Bindegewebe. Hämatomyelie spielt so gut wie keine Rolle. Aber es besteht eine schwere Arteriopathia, Wucherung der Intima, Verletzung von Gefäßen, ferner Störungen der Lymphzirkulation, Lymphorrhagie, Marködem, später Arachnitis serofibrosa, oft in erheblicher Ausdehnung mit sekundärer Markschädigung. — Symptomatologie: *F.* bespricht die supranukleäre Lähmung, nimmt Stellung zum *Bastian*schen Gesetz, das er in seiner Fassung ablehnt, bespricht die partiellen, spastischen Lähmungen (Monoplegia brachialis spastica, Diplegia brachialis spastica, Hemiplegia [brachialis + cruralis] spastica, Triplegia und Tetraplegia spastica, partielle Monoplegia brachialis infolge Schädigung der Py. b.-fasern für einzelne spinale Segmente), ferner die kombinierten spastisch-nukleären Lähmungen. Bezüglich der rein nukleären Lähmungen betont er die Verfeinerung unserer Kenntnisse über die nukleäre Projektion der einzelnen Muskeln durch die Kriegserfahrungen; *F.* bespricht ferner die verschiedenen Typen nukleärer und radikulärer Lähmungen. — Aus dem



Gebiete der Sensibilitätsstörungen bespricht *F.* die segmentale Topik bei radikulären und nukleären Läsionen, besonders die Dissoziation der einzelnen Qualitäten, die Übereinstimmung zwischen radikulären und segmentalen Läsionen in dieser Hinsicht. Bei Läsion der zentralen sensiblen Leitungsbahnen bespricht er auch das dissoziierte Verhalten der einzelnen Qualitäten, die durch differente Bahnen geleitet werden müssen, die segmentale Gliederung der zentralen Bahnen, die Hinterstrangsstörungen; er betont die Häufigkeit der isolierten Läsion einzelner sensibler Bahnen ohne motorische Symptome. — *F.* bespricht ferner Störungen der Reflexe, die Blasen-, Mastdarm- und Potenzstörungen bei Läsion der Kauda, des Lumbosakralmarkes und der supralumbalen Markbahnen, ferner die Fernsymptome von seiten der Oblongata und des Markes. — *F.* bespricht einzelne Punkte des Verlaufes, die Langsamkeit der Restitution, ferner einzelne Punkte der Therapie.

O. Bumke-Breslau: Denkpsychologie und Psychiatrie.

Die Hoffnungen, die die Psychiatrie auf die experimentelle Psychologie gesetzt hat, haben sich nicht erfüllt. Zugleich ist aber auch die Herrschaft der Assoziationspsychologie ins Wanken geraten. Nicht nur ihre anatomischen Beziehungen, die sie in dem Bewußtsein der meisten Fachgenossen auch heute noch ziemlich fest verankert halten, sondern auch ihr rein psychologischer Inhalt ist zweifelhaft, zum guten Teil geradezu widerlegt worden. Schon vor mehr als 20 Jahren hatte *v. Kries* eine sehr einleuchtende Kritik an dieser Art Psychologie geübt. Inzwischen haben die Arbeiten von *Messer*, *Bühler*, *Ach*, *Külpe* u. a. gezeigt, daß es unmöglich ist, alles Denken auf das Spiel von Gleichzeitigkeits- und Ähnlichkeitsassoziationen, auf die Wirkung von Konstellationen und die Herrschaft von Zielvorstellungen zurückzuführen. Dabei hat sich als ein wesentliches Ergebnis dieser modernen Denkpsychologie zugleich das ergeben, daß wir neben dem anschaulichen Teil unseres Denkens, der sich in der Form von Erinnerungsbildern (Vorstellungen) und von sprachlich formulierten Gedanken abspielt, noch einen unanschaulichen, weder von sonstigen Erinnerungsbildern noch vom Wort getragenen Teil anerkennen müssen. So werden die verbindenden Beziehungen zwischen den einzelnen Vorstellungen, die sie doch erst zu einem geordneten Gedanken zusammenfassen, zumeist nicht in Worte gekleidet; ebensowenig entspricht den komplexen, seelischen Erlebnissen, die *Marbe* „Bewußtseinslagen" nennt, irgend etwas Sprachliches; und schließlich wird bei zahlreichen, gefühlsbetonten Gedanken — genannt seien kritische Gedanken gegen die Eltern oder gegen die Religion etwa, erotische Wünsche u. dgl. — die Klarheit des gedachten Wortes sehr häufig instinktiv vermieden.

Es ist klar, daß diese Ergebnisse für die Psychiatrie nicht ohne Wirkung bleiben können. Zunächst hat hier die Kritik des Assoziationsexperimentes einsetzen müssen, das, von anderen Fehlern abgesehen, nur mit sprachlich formulierten Gedanken rechnete. Schon deshalb können



wir aus dem Verhalten eines Menschen, der im Experiment sprechen muß, auf sein sonstiges Denken so gut wie gar nicht zurückschließen. Zugleich hat sich dabei ein Verständnis der sogenannten inneren „Ideenflucht" (*Schroeder*) ergeben, das uns bis dahin verschlossen war. Auch die Angaben mancher Zwangsvorstellungskranken erscheinen heute, wo wir an sprachlich nicht formulierte Gedanken glauben, in einem ganz neuen Licht, und erst recht gilt das für die Entstehung zahlreicher Wahnideen. Der „Beachtungs- und Beziehungswahn" wird ebenso wie das Bewußtsein der eigenen Minderwertigkeit im Beginn der Melancholie sehr häufig nicht in Worte gekleidet, und nur deshalb erscheint eine konkrete Wahnidee, die schließlich aus dieser psychischen Gesamtverfassung in sprachlicher Form herauskristallisiert, als unvorbereitet und autochthon, während sie in Wirklichkeit nur eine längst verhandene Grundüberzeugung illustriert.

Endlich aber erlauben uns die Ergebnisse der Denkpsychologie eine meines Erachtens sehr fruchtbringende Neueinstellung der Lehre vom Unbewußten und der *Freud*schen Psychoanalyse gegenüber. Zunächst werden durch die Erkenntnis, daß Gedanken auch ohne sprachliche Formulierung ins Bewußtsein treten können, wieder einige Schranken niedergerissen, die sogenannte psychische „Elemente", hier nämlich Gedanken und Gefühle, scharf trennen sollten. Eine solche Trennung ist prinzipiell unmöglich. Damit hängt eng zusammen, daß das, was *Freud* unbewußt nennt, im wesentlichen mit der Gefühlspsychologie anderer Autoren zusammenfällt. Alle die Mechanismen, die *Freud* und seine Schule aufgedeckt haben, spielen sich (soweit sie überhaupt anerkannt werden können) nicht im Unbewußten, sondern höchstens an der Peripherie oder noch besser in der Tiefe des Bewußtseins ab, d. h. Gesunde und Kranke kennen diese Mechanismen sehr wohl, nur wollen sie sie nicht kennen: sie sprechen nicht davon und, wenn sie irgend können, vermeiden sie auch im Umgang mit sich selbst die sprachliche Fassung. Das gilt nicht bloß für erotische, sondern auch für zahlreiche andere Erlebnisse, bei denen an Stelle der wirklichen, unerlaubten oder peinlichen, andere nach innen und außen vertretbare Motive gesetzt werden. Genannt seien Eitelkeit, Eifersucht, Mißgunst, Neid, Geiz, Liebe, Haß u. dgl. Auf diese Weise wird insbesondere auch die Verdrängung vorbereitet, ebenso wie es verständlich wird, daß „verdrängte" Gedanken schließlich doch bei irgendeinem Anlaß auf das übrige Bewußtsein wirken können.

Alles das sind nur einzelne Ausblicke in ein sehr weites Gebiet, das nach Ansicht des Vortragenden neu angebaut werden sollte.

Diskussion. — *Sachs*-Breslau gibt seiner Freude Ausdruck, daß Anschauungen, die er schon vor 15 Jahren geäußert habe, jetzt durchgedrungen seien.

Bumke: Entweder habe ich Herrn *Sachs* oder Herr *Sachs* hat mich mißverstanden. Wenn Herr *Sachs* nämlich meint, daß das, was nicht sprachlich formuliert auftritt, überhaupt nicht im Bewußtsein erlebt wird,



sondern sich im Unbewußten abspielt, so ist das weder die Meinung der Denkpsychologen noch die meine.

Neißer-Bunzlau: Das Mißverständnis des Herrn *Sachs* ist wohl nur aus der notgedrungenen Abkürzung des Vortrags zu erklären. Es konnte fast so klingen, als hätte man bisher nur ein sprachlich formuliertes Denken anerkannt, während doch Gehirnpathologen und Psychiater redlich daran mitgewirkt haben, die Identitätslehre und die Auffassung von einem Parallelismus von Sprechen und Denken zu zerstören. Zweifellos ist es aber durch den Ausbau der Aphasielehre einerseits und die Assoziationspsychologie andererseits mitverschuldet worden, daß das anschauliche Denken und der formale Zusammenhang und Ablauf der Erscheinungen zu einseitig in den Vordergrund gerückt wurde. Inwieweit demgegenüber, insbesondere auch gegenüber den früheren Darlegungen von Herrn *Sachs*, deren Scharfsinnigkeit niemand verkennen wird, die Denkpsychologie einen Gegensatz und einen Fortschritt bedeutet, das hat *Pick* in seinem Werk über die agrammatischen Sprachstörungen mit geradezu klassischer Gründlichkeit vor Augen gerückt. Wenn neuerdings die Introspektion wieder mehr zu ihrem Recht kommt und die psychologische Analyse vom Erlebnis ihren Ausgangspunkt nimmt, so ist dies eine Einstellung, die wir bekanntlich auch auf allen Kunstgebieten verfolgen können. Übrigens haben die großen Seelenschilderer unter den Dichtern und Schriftstellern es nie verkannt, daß die komplexen Bewußtseinslagen einer unmittelbaren Veranschaulichung widerstreben und sie haben stets nur auf Umwegen eine Einfühlung zu erreichen gesucht. Hoffentlich werde es gelingen, die von dem Vortragenden angedeuteten Gedanken klinisch fruchtbar zu machen. Daneben aber dürfte die von *Wernicke* und seinen Schülern verfolgte Methode, den anschaulichen Teil unseres Denkens zu erforschen und von den Grenzgebieten der Hirnpathologie aus zur Erkenntnis psychischer Elementarstörungen vorzudringen, noch keineswegs ausgeschöpft sein. Redner wolle nur an die Motilitätspsychosen erinnern, deren psychologische Erschließung noch aussteht.

Kehrer-Breslau: Über problematische Zurechnungsfähigkeit und ihre Untersuchung.

Um die wissenschaftliche Aufmerksamkeit auf jene in praxi durchaus nicht seltenen Fälle zu lenken, in denen — z. B. im Gegensatz zu der viel behandelten verminderten Zurechnungsfähigkeit — die Frage der strafrechtlichen Verantwortlichkeit prinzipiell durch die Unsicherheit der psychopathologischen Diagnostik sich bis zur Unlösbarkeit schwierig gestaltet, faßt sie *K.* unter dem vorläufigen Begriff der „problematischen Zurechnungsfähigkeit“ zusammen. In der Hauptsache erstreckt sich dies Gebiet auf die „moral insanity“ und die angebliche Amnesie für Zeiten, in die strafbare Handlungen fallen. Während über die „moral insanity“ der Erwachsenen bekanntlich eine freilich noch von ihrem



Abschlusse weit entfernte Literatur existiert, ist die Frage ihres Vorkommens bei Jugendlichen, wohl in der Hauptsache infolge der unpsychologischen Fassung des § 56 StGB., bisher kaum ins Auge gefaßt worden, trotzdem es sich hier um ein einheitliches und nur durch altersvergleichende Betrachtung lösbares Problem handelt. Die Frage verdient jetzt um so mehr in Angriff genommen zu werden, als durch die Eindeutigkeit der Intelligenzprüfung bei Jugendlichen, welche der „Binet" gewährleistet, der Nachweis normaler Intelligenz im engeren Sinne viel strikter zu führen ist als bei Erwachsenen. Es ist das Verdienst von *Jacobsohn*, durch energisches Eintreten für die von *Fernald* erdachte Methode das Interesse für die Untersuchung der „sittlichen Intelligenz" Jugendlicher geweckt zu haben. Ohne weiter auf die theoretischen Grundlagen der Methode einzugehen, hat *Kehrer* sogleich die Probe aufs Exempel der Praxis gemacht, indem er systematisch die von der Zentrale für Jugendfürsorge resp. dem Jugendgericht in Breslau zur Begutachtung geschickten jugendlichen „Vergeher" nach eingehender psychiatrischer Untersuchung und insbesondere Intelligenzprüfung (nach *Binet*) dieser Methode unterwarf. Dabei ergab sich, daß kein Kind überhaupt versagte; selbst 10jährige Knaben dieser Kategorie zeigten ein durchschnittliches Unterscheidungsvermögen der verschiedenen Testtaten; alle Abweichungen im einzelnen entsprachen noch durchaus den individuellen Differenzen, die sich bei normalen, ja vollkommen gebildeten Erwachsenen auch finden. Auffällig war durchweg die Gemütsruhe oder gar Indifferenz nicht nur bei der Prüfung überhaupt als besonders auch gegenüber den schwersten Delikten und gegenüber demjenigen Testvergehen, das dem bei dem Prüfling in Anklage stehenden psychologisch am nächsten stand. *K.* bezieht dies auf die selbst bei Psychopathen und Schwachsinnigen nicht verloren gehende Nivellierung der Gefühlswerte durch die „Stoffreude" des Kindes. Auch Kinder mit „schlechtem Binet" bestanden die Probe gut. Diese Ergebnisse scheinen also durchaus gegen das Vorkommen eines isolierten Defekts der Beurteilungsfähigkeit strafbarer Handlungen, also einer moralischen Idiotie resp. eines zirkumskripten Einsichtsmangels im Sinne des § 56 zu sprechen. Andererseits zeigen sie, daß die Methode zweifellos insofern zu primitiv ist, als sie prüft, was nur bei hochgradigem sonstigen Schwachsinn nicht zur Anlage kommt. Der besondere Wert der Methode liegt nach *K.*s Ansicht sozusagen auf technischem Gebiet: Im Gegensatz zu allen bisherigen Versuchen, das Unterscheidungsvermögen für unerlaubte Handlungen zu prüfen, umgeht sie alle äußeren Schwierigkeiten dieser Prüfungen, indem sie sowohl die sprachlich-dialektische Geschicklichkeit resp. Unbeholfenheit als auch die affektiven Wirkungen des Examens („Examensstupor" oder — „Negativismus") wie schließlich Verschleierungsabsichten oder die etwaigen Folgen moralischer Einwirkungen auf den Sträfling nach erfolgter Tat mehr oder minder ausschaltet. Einen Einblick in mögliche krankhafte Faktoren, die trotz



besserer Einsicht zur strafbaren Handlung und zur Rückfälligkeit führen, gestattet die Methode offenbar nicht.

Viel schwieriger gestaltet sich demgegenüber die praktisch häufige Entscheidung, inwieweit bei Mangel einwandfrei erbringbarer Zeugenerhebungen über die Umstände einer strafbaren Handlung eine vom Angeklagten behauptete Amnesie für die betreffende Zeit- oder Tatstrecke den Rückschluß auf eine Bewußtlosigkeit im Sinne des § 51 gestattet. Die drei prinzipiell hierbei in Betracht kommenden Möglichkeiten: das Vorliegen eines echten Dämmerzustandes, nachträgliche „Verdrängung" (*Janet*), bewußtes Nichtwissenwollen, liegen in gleicher Weise bei hysterischen Individuen parat. Es fragt sich nun: Ist etwa die Hypnose ein Ermittlungsverfahren, das diese Unterscheidung gestattet? Theoretisch scharf zu trennen ist in derartigen Fällen die rein „detektivistische" Ermittlung eines „geständnisfähigen" Delikts von der psychiatrischen Ermittlung eines abnormen Bewußtseinszustandes zur Zeit der Tat. Über die prozessuale Berechtigung der Anwendung der Hypnose im ersteren Falle gehen die Meinungen der Juristen (*v. Lilienthal*, *Fürst*) noch auseinander. Abgesehen davon bedürfte die Frage noch sehr der Untersuchung, ob die Hypnose gegen den starren Widerstand des Angeklagten, der doch weiß, worauf es ankommt, überhaupt durchführbar ist. Bei Ausführung derselben mit Einverständnis des Angeklagten würde ihr psychologischer Sinn und ihre Aufgabe im allgemeinen darin liegen, daß durch sie entweder normale Gedächtnissperren (Affekthandlungen! vgl. auch automatisches Schreiben!) beseitigt oder die Fähigkeit zur Festhaltung der Unwahrheit aufgehoben oder dem Angeklagten eine goldene Brücke zur Wahrheit gebaut wird. Alle diese Absichten liegen außerhalb der Kompetenz des psychiatrischen Sachverständigen, der theoretisch die Hypnose nur zur Klärung der Bewußtseinslage zur Zeit der Tat anzuwenden berechtigt ist. Die Fragestellung spitzt sich in einschlägigen Fällen dahin zu: Beweist die in tiefster (somnambuler) Hypnose gelingende Wiedererweckung von angeblich amnesierten Erlebnisinhalten, die man fälschlich als „Hypermnesie" bezeichnet hat, eine abnorme Bewußtseinslage zur Zeit ihres Erlebens? Auf Grund kritischer Erwägungen fremder und eigener Erfahrungen kommt *K.* zu dem Schlusse, daß die Gleichsetzung von nur in tiefster Hypnose Erweckbarem und „Unbewußtem" allein da in Frage kommt, wo „Somnambules" gar nichts vom Wachen und Waches gar nichts vom Somnambulen weiß, wo also wirklich ein Doppelich, bildlich gesprochen eine „Drehbühne" der Bewußtseinsfelder, vorliegt. Nach *K.* hat selbst die Hysterieüberschwemmung, die der Krieg gebracht hat, keinen derartigen Fall gezeitigt, und die bisherigen Kronfälle der Literatur halten einer strengen Kritik nicht stand. Da aber auch tiefe Hypnose die Fähigkeit zum Lügen, Verschweigen und Phantasieren nicht aufzuheben braucht, so ist also auch hier das Ergebnis der Hypnose nur mit Vorsicht zu verwerten. *K.* sieht in ihr nur ein indirektes

Beweismittel, ein echter Dämmerzustand darf nach ihm nur da angenommen werden, wo direkte Beweise über die Zeit desselben erbracht sind.

Chotzen-Breslau: Welchen Einfluß hat die Abnahme des Alkoholismus auf die geistigen Erkrankungen?

Der Versuch, über die Bedeutung des Alkohols als Ursache geistiger Erkrankungen jetzt Aufschluß zu gewinnen, rechtfertigt sich aus der neuerlichen Zunahme des chronischen Alkoholismus, die bald wieder die alten, unklaren Verhältnisse schaffen kann. Er begegnet aber der großen Schwierigkeit, daß erst wenige alkoholfreie Jahre verflossen sind, und besonders daß die Kriegsverhältnisse noch fortwirken, die die Krankenbewegung in viel stärkerem Maße beeinflussen. Der Versuch kann aber nur durch kritische Sichtung des Krankenmaterials gefördert werden, die Zahlen allein täuschen.

In der Breslauer städtischen Heilanstalt sanken die Alkoholistenaufnahmen bei den Männern von 346 im Jahre 1913 ganz rasch auf 51 im Jahre 1916, dann auf 30 und 27; von 48,4% der Gesamtaufnahmen auf 6,4 bzw. 7,1% in den Jahren 1917 und 1918. Im Jahre 1919 stiegen sie wieder auf 59 = 15,5% der Aufnahmen an. Bei den Frauen fielen sie von 35 auf 9 im Jahre 1916 und betrugen die folgenden Jahre 4, 6 und 4. Während in den Friedensjahren der chronische Alkoholismus und seine Erkrankungen überwogen, stehen sie jetzt hinter denakuten Wirkungen des Alkohols zurück. Das Bild verschiebt sich aber noch mehr, wenn man beachtet, daß die chronischen Alkoholisten der Jahre 1917 bis 1919 überwiegend alte Fälle, die nicht immer dauernd getrunken haben, und besonders zahlreiche wiederholte Aufnahmen von sechs alten psychopathischen Trinkern enthalten. 1919 treten neben ihnen (die wieder 12 von 20 Fällen chronischen Alkoholismus ausmachen) neue Trinker auf, die erst im Kriege das Trinken angefangen haben, dazu ein Delirium mehr; sonst betrifft die Zunahme im Jahre 1919 die akuten Zustände. Bei den Frauen liefern die Fälle von chronischem Alkoholismus von 1917 bis 1919 ebenfalls nur drei psychopathische (zwei epileptische) Frauen, alle drei alte Anstaltsbesucherinnen.

Von alkoholistischen Geistesstörungen sind seit 1916 nur einzelne Fälle von Delirium tremens vorgekommen, 1917 und 1918 bei je einem Mann, 1919 zwei abortive bei einem Gastwirt und einem Schnapsbrenner und einer bei einer Frau. Außerdem 1918 eine Korsakowsche Psychose bei einer Kellnerin, die aber erst nach einer schweren fieberhaften Erkrankung ausgebrochen ist. Sonst sind neue Fälle alkoholistischer Geisteskrankheiten nicht mehr ausgebrochen, alle in der Statistik aufgeführten sind Wiederaufnahmen alter Fälle. Eine verdächtige neue Psychose erwies sich als eine Kombination einer andersartigen Psychose mit anfänglichen alkoholistischen Beimengungen.



Es sind also seit 1916 weder akute, sei es typische, sei es atypische Halluzinosen wieder aufgetreten, noch chronische Halluzinosen oder andere Formen, die als chronische Alkoholpsychosen gedeutet werden könnten. Aber ebensowenig sind den sogenannten chronischen Alkoholpsychosen gleiche oder ähnliche Verlaufsformen ohne Alkohol zu beobachten gewesen. Alle chronisch verlaufenden Psychosen waren allmählich entstanden, und auch anscheinend akute Formen hatten eine kürzere oder längere Vorgeschichte, und das akute Bild wich meist erheblich von dem typischen Bilde der Alkoholhalluzinose ab. Ein einziger sehr ähnlicher Fall hatte auch eine längere, wenn auch nicht sehr ausgeprägte Vorgeschichte. Da eine solche sicherlich unter der alkoholistischen leicht verborgen bleiben kann, ist es besonders beachtenswert, daß kein einziges dieser akuten Stadien der typischen Alkoholhalluzinose ganz glich.

Akute halluzinoseähnliche Formen kommen aber vor, insbesondere auf dem Boden der Degeneration. Trotz sehr zahlreicher degenerativer Psychosen waren aber gerade halluzinoseähnliche Formen in den letzten Jahren sehr selten. Nur zwei Fälle konnten aufgefunden werden, die aber beide mit einer Alkoholhalluzinose nicht hätten verwechselt werden können. Das ist sehr auffallend gegenüber der früheren Häufigkeit atypischer Halluzinosen bei Trinkern und könnte als Beweis gelten, daß der Alkohol in diesen Fällen formgebend war; daß das also wirkliche Alkoholhalluzinosen auf degenerativer Grundlage waren und ihre Bezeichnung als komplizierte Alkoholhalluzinosen berechtigt ist.

Die auslösende Wirkung des akuten Alkoholismus ist ebenfalls eingeschränkt, es kamen nur eine transitorische Psychose und wenige Fälle pathologischen Rausches vor. Bemerkenswert ist das sofortige Verschwinden der Alkoholepilepsie, seit 1915, mit dem Herabgehen des Alkoholismus.

Was den Einfluß des Alkohols auf die sonstigen geistigen Erkrankungen anlangt, so ist die Beurteilung hier wegen Fortdauer der Kriegseinflüsse gerade bei den Männern erschwert. Die Aufnahmen sind in der Kriegszeit durch verschiedene Einflüsse allgemeiner und örtlicher Art in der Zusammensetzung stark verändert. Bei den Frauen läßt sich während des Krieges ein Fernbleiben der leichten Erkrankungen erkennen, die im Jahre 1919 plötzlich wieder stark zuströmen. Die Männeraufnahmen aber sind hauptsächlich von den Soldatenzugängen beherrscht. Diese verschulden eine Vermehrung der einfachen Psychopathien, der degenerativen Psychosen, der Imbezillität, weniger der einfachen Psychosen, ganz wenig nur der Paralyse und Epilepsie. Daneben aber zeigt sich dasselbe wie bei den Frauen, nur tritt 1919 hier kein Ausgleich ein. Die Kriegsverhältnisse wirken, mindestens teilweise, fort. Darum sind die Veränderungen des Materials im Jahre 1919 gegen das von 1913 nicht ohne weiteres auf den Alkohol zu beziehen.



Diese Veränderungen betreffen am wenigsten die einfachen Psychosen. Sie haben nach Schwankungen ungefähr wieder den Stand wie vor dem Kriege. Es liegt hier kein Anlaß vor, einen Einfluß des Alkohols anzunehmen. Stark vermehrt sind die einfachen Psychopathien, und zweifellos stecken darunter eine Anzahl Fälle, die früher mit alkoholistischen Störungen aufgenommen worden wären. Vermindert sind die degenerativen Psychosen, die Epilepsie, die Paralyse und die Arteriosklerose, bei Frauen nur die beiden letzten. Für die Abnahme dieser beiden können andere Gründe vorliegen. Bei der Epilepsie und den degenerativen Psychosen aber ist ein Einfluß des Alkohols möglich.

Was also die Alkoholwirkung anlangt, so scheint sich zu bestätigen, daß der Alkoholismus außer den typischen Alkoholhalluzinosen akute atypische oder komplizierte Formen auf schon abnormem Boden, insbesondere degenerativem, verursacht. Für chronische Erkrankungen ist eine klare Entscheidung noch nicht gefallen.

Auch die auslösende Wirkung des chronischen Alkoholismus scheint sich nur auf degenerative Krankheitsformen einschließlich der epileptischen zu erstrecken. Bei den eigentlichen Psychosen ist kein Einfluß erkennbar, ein solcher auf Paralyse und Arteriosklerose ist unwahrscheinlich. Indessen bedürfen alle diese Feststellungen der Bestätigung durch weitere Beobachtungen.

Klarfeld-Breslau: Zur Histopathologie der Encephalitis choreatica.

Im Frühjahr 1920 wurden in der Breslauer Psychiatrischen Klinik mehrere Fälle von Enzephalitis mit choreatischen Bewegungserscheinungen — Encephalitis choreatica nach *Dreyfuß* — beobachtet. Vier davon kamen zur anatomischen Untersuchung, über deren Ergebnisse nunmehr berichtet wird. Zur Klinik wäre hervorzuheben, daß es sich in allen vier Fällen um junge Individuen im Alter von 14, 15½, 20 und 32 Jahren gehandelt hat. Dem Geschlecht nach waren es drei Frauen, davon eine gravid, und ein Mann. Die Krankheit dauerte einmal 10 Tage, einmal 3, zweimal 5 Wochen, verlief in allen Fällen mit Fieber, das nur einmal bis auf 40° stieg, in drei Fällen sich zwischen 38° und 39° bewegte. Das symptomatische Bild war in allen Fällen fast gleich. Im Vordergrunde stand eine schwere choreatische Unruhe des ganzen Körpers, sowohl der Extremitäten wie der Gesichts- und Zungenmuskeln, und auch des Rumpfes. Die Unruhe hielt Tag und Nacht an, wurde nur durch Hyoszin und auch durch dieses nur unwesentlich beeinflußt. Die Kranken waren schlaflos, redselig, zeitweise verwirrt und delirant. Sehr labiles Herz. Trockene rissige Lippen, Hautabschürfungen und tiefe Geschwüre. Der Liquor ist bei zwei Kranken untersucht worden, in dem einen fanden sich 26 Lymphozyten, 3 Teilstr. Eiweiß nach *Nißl*, positiver *Nonne*; in dem anderen Fall, der auch anatomisch eine Sonderstellung einnimmt, war der



Liquor normal. Der Exitus trat bei den zwei akuter verlaufenden Fällen apoplektiform ein, bei den zwei anderen nach längerer Agonie. Die Körpersektion wurde in drei Fällen ausgeführt; es fand sich einmal eine ausgesprochene beiderseitige grippöse Bronchopneumonie, einmal einzelne bronchopneumonische Herde, einmal ein indifferenter Befund. Die Gehirnsektion wurde in allen vier Fällen einige Stunden nach dem Tode ausgeführt. Der makroskopische Befund war wechselnd; einmal fand sich Hyperämie der weichen Häute, Ödem der Hirnsubstanz, flohstichartige Sprenkelung; im zweiten Falle war ebenfalls Hyperämie der weichen Häute zu sehen, das Gehirn war auffallend schwer (1470 g), die Konsistenz etwas vermehrt. Vielleicht lag Hirnschwellung vor, doch wurde die Schädelkapazität nach *Reichardt* nicht bestimmt. Die beiden anderen Fälle wiesen keinen auffallenden Befund auf. Nach dem mikroskopischen Befund kann man die Fälle in zwei Gruppen einteilen: zu der einen Gruppe gehören drei Fälle, zu der anderen ein Fall. In der ersten Gruppe findet man eine echte Entzündung, exsudativ-infiltrative Veränderungen, zusammen mit alterativen und proliferativen. Die Verteilung dieser Veränderungen ist in allen drei Fällen verschieden. In dem einen Fall sind sie auf den Streifenkörper beschränkt, das Putamen ist hier besonders stark betroffen. Sonst fanden sich nur in der Brücke und in einzelnen Segmenten des unteren Dorsal- und Lumbalmarks einige kleine infiltrierte Gefäße sowie vereinzelte gliöse Herde. Im zweiten Fall waren die Basalganglien frei, die entzündlichen Veränderungen treten zuerst im Zwischenhirn bzw. im Grenzgebiet zwischen Zwischenhirn und Mittelhirn (Metathalamus) auf. Wir finden sie in der Höhe, wo das Corpus subthalamicum gerade verschwindet, der rote Kern schon gut zu sehen ist. Sie sind hier hauptsächlich in der Substantia nigra lokalisiert und außerdem, wenn auch in geringerem Grade, im zentralen Höhlengrau des kaudalen Abschnittes des dritten Ventrikels, im Bereiche der Pars mamillaris hypothalami. In der Brücke, der Oblongata und im Zervikalmark finden sich überall entzündliche Erscheinungen, bald mehr, bald weniger ausgebreitet. Im dritten Fall endlich findet man entzündliche Veränderungen erst in der Brücke, und zwar beiderseits auf den Locus coeruleus beschränkt; außerdem in der Oblongata, gegen das Rückenmark zu abnehmend. Lokalisatorisch verhalten sich also die drei Fälle der ersten Gruppe verschieden. Histologisch dagegen erscheinen sie durchaus gleichartig. In allen drei Fällen ist das Verhältnis der drei Komponenten der Entzündung zueinander annähernd gleich. Wenn auch die infiltrativ-exsudative Komponente gut entwickelt ist, so stehen dennoch im Vordergrunde die Vorgänge am ektodermalen Gewebe. Die Gefäße sind an den veränderten Stellen weit, blutgefüllt, die Gefäßwandzellen weisen hier und da leichte regressive Veränderungen auf, enthalten auch öfters kleine Körnchen dunkelgrünen Pigments. Kleine, perivaskuläre Blutungen kommen vor, erlangen aber nirgends eine größere Ausdehnung. In den Lymphscheiden der größeren



Gefäße wie auch der Kapillaren findet man mehr oder weniger dichtgestellte lymphozytäre Elemente, zumeist Lymphozyten und Plasmazellen, aber auch andere Fortentwicklungsstufen von Lymphozyten. Die Infiltrate sind fast überall streng auf die Gefäßscheiden beschränkt, was nicht in allen Fällen der epidemischen Enzephalitis die Regel ist. Eine Gefäßvermehrung konnte nirgends festgestellt werden. Interessanter gestalten sich die Vorgänge am ektodermalen Gewebe. Der Vortragende geht nun näher auf die Veränderungen der Pigmentzellen der Substantia nigra und ferruginea ein, die er an Diapositiven erläutert. Weiter bespricht er die Veränderungen hyperplastischer und hypertrophischer Natur am gliösen Apparat, die Abräumtätigkeit, die neuronophagischen und pseudoneuronophagischen Bilder. Besonders schön konnten Erscheinungen von „Umklammerung“ im Sinne *Spielmeyers* studiert werden. Sowohl die echte wie die Pseudoneuronophagie dürfte so zustande kommen, daß beim Zerfall der Nervenzellen irgendwelche Substanzen entstehen, die positiv-chemotaktisch auf Gliaelemente einwirken. Vielleicht spielt hier auch das Tempo des Zerfalls eine Rolle. Denn während in den relativ mild verlaufenden Fällen die Umklammerung sehr oft zu sehen ist, konnte sie in einem sehr destruktiv verlaufenden Fall von Enzephalitis an denselben Pigmentzellen nicht gefunden werden. Einen genaueren Bericht über die histologischen Einzelheiten wird eine ausführliche Mitteilung in der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie enthalten. Außerhalb der entzündlich veränderten Stellen fand man in diffuser Weise, besonders im Großhirn, in der Pia weite Gefäße, flächenhafte Extravasate, grünliche Abbauprodukte. Im Parenchym ebenfalls weite hyperämische Gefäße, kleine Blutungen besonders im Höhlengrau, grünliche Abbauprodukte in den adventitiellen Räumen, vereinzelt einen Leukozytenthrombus. Die Zellen der Rinde waren verschiedentlich erkrankt, jedoch nur einzelweise, wiesen keinen einheitlichen Erkrankungstypus auf. An Markscheidenpräparaten waren keine Ausfälle nachzuweisen. — Der einzige Fall der zweiten Gruppe unterschied sich klinisch von den anderen Fällen durch nichts, vielleicht nur durch besondere Schwere der Erscheinungen. Mikroskopisch aber fanden sich nirgends entzündliche Erscheinungen. Nur im Schwanzkern fand man um einige Gefäße herum kleine, pyknotische Kerne, manchmal mit einem Saum von rötlichem Plasma, die vielleicht Reste von regressiv veränderten lympho- und plasmazytären Infiltraten darstellen. Auch einige Mastzellen waren zu sehen. Aber nirgends Spuren von herdartigen Prozessen am Ektoderm. Dagegen fand sich eine schwere Erkrankung der Zellen des Ammonshorns, die rechts stärker ausgeprägt war. Die meisten Pyramidenzellen des Ammonshorns sind erkrankt, wobei die Intensität und der Charakter der Erkrankung streckenweise wechselt. Der Vortragende erläutert nun an Diapositiven die Zellveränderung, die im großen ganzen der „schweren Zellerkrankung“ *Nißls* entspricht. Der Fascia dentata zu sind die Zellen besser erhalten



dagegen weist das Plasma hier einen ganz charakteristischen Zerfall zu kleinen dunklen, basisch färbbaren Körnern auf, die den Leib wie den Spitzenfortsatz füllen. Es handelt sich hier um eine Erkrankung der Ammonshornzellen, wie sie *Ranke* in einem Fall von Katatonie beschrieben hat. Auch die Zellen des Stratum granulosum der Fascia dentata wiesen eine ähnliche Erkrankung auf. Im Ammonshorn sind typische amöboide Gliazellen zu finden, in der Fascia dentata nur regressiv veränderte Elemente, nicht aber amöboide Zellen. Außer dem Ammonshorn fand sich in diesem Falle im Schwanzkern, weniger im Linsenkern eine Zellveränderung, die ebenfalls der schweren Zellerkrankung *Nißls* entsprechen dürfte. Auch in der agranulären Frontalrinde fand man Bezirke, wo die meisten Zellen der zweiten und dritten Schicht das Bild der schweren oder chronischen Zellerkrankung aufwiesen. In der Pia sah man weite Gefäße und flächenhafte Extravasate. — Wie ist nun dieser Fall zu deuten? Außer den fraglichen Spuren regressiv veränderter Infiltrate im Schwanzkern haben wir keinerlei Veränderungen entzündlichen Charakters gefunden. Die diffuse Erkrankung des Ammonshorns, des Streifenkörpers und der agranulären Frontalrinde ist rein degenerativen, vielleicht toxisch-degenerativen Charakters. Histologisch liegt hier gar keine Enzephalitis vor. Dagegen unterliegt es keinem Zweifel, daß klinisch und epidemiologisch dieser Fall und die drei anderen, echten Enzephalitiden, zusammengehören. Vielleicht handelt es sich hier um graduelle Unterschiede in der Intensität des Prozesses. Eine gewisse Stütze erhält diese Anschauung in der Tatsache, daß auch in den drei Fällen der ersten Gruppe eine an Scharlachpräparaten nachweisbare Erkrankung der Zellen des Ammonshorns von nicht entzündlichem Charakter zu finden war. Es wäre möglich, daß die auch in den drei ersten Fällen vorhandene toxische Komponente des Prozesses in dem vierten Fall ganz in den Vordergrund getreten ist, während die lokal entzündliche Komponente fast gar nicht zum Vorschein gekommen ist. — Der Vortragende erörtert nun die Frage, ob die choreatische Form der epidemischen Enzephalitis auch histopathologisch charakterisiert ist, bzw. ob aus dem histopathologischen Bilde die Diagnose auf Encephalitis choreatica gestellt werden kann. Die Vermutung, daß aus der Lokalisation des Prozesses bindende Schlüsse gezogen werden könnten, hat sich nicht bestätigt. Gewiß ließe sich nachweisen, daß in jedem einzelnen Falle die *Kleist*sche zerebello-rubro-thalamo-striäre Bahn an irgendeinem Punkt ihres Verlaufes betroffen sei. Da aber in anderen Fällen von Enzephalitis dieselbe Lokalisation gefunden wird, ohne daß choreatische Bewegungserscheinungen beobachtet worden wären, kann die Diagnose auf die Lokalisation allein nicht gestützt werden. Die histologische Eigenart des Prozesses erwies sich ebensowenig für die Differentialdiagnose verwendbar, da sie mit dem Charakter des Prozesses in den anderen Formen der epidemischen Enzephalitis weitgehend übereinstimmt. Beachtenswert ist nur der Umstand, daß in allen Fällen der choreatischen Enzephalitis die



entzündlichen Erscheinungen relativ wenig intensiv und räumlich beschränkt waren. Doch erlaubt die geringe Zahl der untersuchten Fälle nicht, ein zufälliges Zusammentreffen auszuschließen. Wenn es auch also unmöglich gewesen ist, an der Hand unserer Fälle zu einem abschließenden Urteil über die Histopathologie der Encephalitis choreatica zu kommen, so scheinen dennoch unsere Befunde dafür zu sprechen, daß es eine scharfe Grenze zwischen der choreatischen und den anderen Formen der Encephalitis epidemica, besonders der lethargischen, nicht gibt und die Erscheinungsform der Erkrankung im Einzelfalle vielleicht von der größeren oder geringeren Intensität des Krankheitsprozesses, wahrscheinlich im Zusammenhalt mit der Lokalisation, bestimmt wird.

Bumke-Breslau.

---

14. Jahresversammlung des Vereins Bayrischer Psychiater in Kaufbeuren am 31. Juli und 1. August 1920.

Die 1. Sitzung findet in der Heil- und Pflegeanstalt, die folgenden im Rathaussaale statt.

Vorsitz: *Vocke*-Eglfing, *Rehm*-Neufriedenheim. Schriftführer: *Mayr*-Eglfing, *Lenhart* Kaufbeuren.

Anwesend die Herren: *Blachian* Haar, *Berg*-Kaufbeuren, *Bott*-Bamberg, *Caselmann*-Kaufbeuren, *Dees*-Gabersee, *Eccard*-Frankenthal, *Edenhofer*-Kaufbeuren, *Entres*-Eglfing, *Fuchs*-Kaufbeuren, *Harlander*-Günzburg, *Heckel*-Ansbach, *Herfeldt*-Ansbach, *Hock*-Bayreuth, *Hügel*-Klingenmünster, *Kraepelin*-München, *Küffner*-Erlangen, *Küffner*-Kutzenberg, *Kundt*-Deggendorf, *Lang*-München, *Lange*-München, *Meggendorfer*-Hamburg, *Nothaaß*-München, *Oppermann*-Erlangen, *Papst*-Eglfing, *Prinzing*-Kaufbeuren, *Pütterich*-Homburg, *Roth*-München, *Scheiber*-Mainkofen, *v. Schleiß*-Gabersee, *Schnidtmann*-Haar, *Schwarz*-Bayreuth, *Sendtner*-Eglfing, *Sighart*-Günzburg, *Utz*-Ansbach, *Vogler*-Deggendorf, *Weiler* I und II-München, *Weyermann*-Werneck, *Wuth*-München, *Zierl*-Irrsee, *Zierl*-Regensburg.

1. Sitzung.

Der Vorsitzende *Vocke* eröffnet die Tagung und begrüßt die Erschienenen, insbesondere die Kollegen aus der Pfalz.

Prinzing-Kaufbeuren begrüßt die Versammlung als Hausherr, Bürgermeister Dr. *Volkhart* namens der Stadt Kaufbeuren, wofür der Vorsitzende im Namen der Versammlung dankt.

Entschuldigungs- und Begrüßungsschreiben sind eingelaufen von den Herren *Reichardt*-Würzburg, *Specht*-Erlangen und *Weygandt*-Hamburg.

Ein erst nach der Versendung des Programmes eingelaufener Antrag der Herren in Erlangen auf Änderung des § 61 der Satzung, um einen gewissen Wechsel in der Zusammensetzung des Vorstandes herbeizuführen,



wird mit Zustimmung der Versammlung auf die Tagesordnung gesetzt und nach kurzer Besprechung auf Antrag des Vorsitzenden in folgender Fassung mit allen gegen eine Stimme angenommen:

§ 6 Abs. 1 erhält folgende Fassung: Zur Besorgung der Geschäfte wird von der Jahresversammlung ein Vorsitzender, ein Schriftführer und für jeden ein Stellvertreter auf 3 Jahre durch Stimmzettel gewählt. Alljährlich scheiden 1—2 Vorstandsmitglieder, und zwar die am längsten im Amt Befindlichen aus und werden durch Neuwahl ersetzt. Die beiden ersten ausscheidenden Mitglieder werden durch das Los bestimmt. In unmittelbarer Folge ist nur einmalige Wiederwahl zulässig, weitere Wiederwahl erst nach Umfluß von 3 Jahren.

Es folgt dann der Vortrag

Kraepelin-München: Die Erscheinungen des Irreseins. (Erscheint in der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.)

Diskussion. — *Utz*-Ansbach fragt, ob nach den gehörten Ausführungen es noch berechtigt sei, das manisch-depressive Irresein als eigene Krankheit aufrechtzuerhalten. Könnte nicht das manisch-depressive Syndrom eben auch nur ein Syndrom sein wie das spasmodische usw., wenigstens zum größten Teil?

Entres-Eglfing: Bisher nahm man doch an, daß Paralyse und manisch-depressives Irresein sich gewissermaßen ausschließen. Wie kann man dann sagen, daß expansive Paralyse auf dem Boden einer manisch-depressiven Veranlagung sich entwickle.

Kraepelin erwidert, daß es sich bei der manischen Färbung paralytischer Krankheitsbilder um die Beeinflussung durch manisch-depressive Erbanlagen handeln soll, nicht um die Erkrankung manisch-depressiver Personen an Paralyse. Die Auflösung des manisch-depressiven Irreseins scheint ihm nicht gerechtfertigt zu sein. Vielmehr handelt es sich lediglich darum, daß emotionelle Ausdrucksformen, die im manisch-depressiven Irresein eine so überragende Rolle spielen, auch bei vielen Formen des Irreseins vorkommen. Diese Störungen sind somit nicht etwa kennzeichnend für manisch-depressive Erkrankungen, jedoch bei ihnen besonders ausgeprägt.

Wuth-München: Der Blutzucker bei Psychosen.

Nach einleitender Besprechung der Theorie der Affektglykosurie und Hyperglykämie sowie des Wesens des Blutzuckers und der Methodik seiner Bestimmung erörterte Vortragender die pathologische Blutzuckererhöhung überhaupt und insbesondere die Hyperglykämie bei Psychosen. Vortragender gab einen Überblick über die diesbezüglichen Arbeiten von *Heidema*, *Wigert* und *Kooy* hinsichtlich deren Resultate und Theorien, und kam sodann auf seine eigenen Untersuchungsergebnisse zu sprechen. Er fand Hyperglykämie bei 18 von 30 Melancholien, 15 von 40 Dementia praecox-Kranken, 7 von 15 Paralytikern und 3 von 10 Epileptikern. Die

von ihm gefundenen Durchschnittswerte (errechnetes Mittel) waren: Melancholie 115, Dementia praecox 107, Paralyse 112 und Epilepsie 105 gegenüber der Normalzahl von 110 mg Prozent. Eine regelmäßige Abhängigkeit der Hyperglykämie von der Affektlage konnte der Vortragende nicht feststellen, glaubt auch vorerst weder der spontanen noch der alimentären Hyperglykämie trotz ihres häufigeren Vorkommens beim manisch-depressiven Irresein und des Überwiegens der hohen Werte bei dieser Krankheit eine differentialdiagnostische Bedeutung beimessen zu dürfen. Hinsichtlich des Wesens der Hyperglykämie bei Psychosen hielt Vortragender es weder für notwendig noch für hinreichend begründet, für die Hyperglykämie bei den verschiedensten Krankheitsformen ein und dieselbe Ursache — die Affekte — verantwortlich zu machen. Bei der Hyperglykämie der Paralytiker möchte Vortragender die Möglichkeit ihres ursächlichen Zusammenhangs mit der organischen Hirnerkrankung nicht von der Hand weisen. Hinsichtlich der Hyperglykämie bei anderen psychischen Erkrankungen neigte Vortragender zu der Ansicht, daß einerseits innersekretorische Vorgänge eine Erklärungsmöglichkeit bieten, andererseits auch daran zu denken sei, daß vielleicht bei gewissen Individuen als degeneratives Merkmal eine gewisse Überempfindlichkeit gegen innersekretorische Produkte bestehe, wie das für einfache (Alkohol) und höhere Gifte (Atropin, Adrenalin) erwiesen ist, und daß solche Individuen vielleicht bei den Neurosen und dem manisch-depressiven Irresein häufiger vertreten seien als bei der Dementia praecox und Epilepsie. Vortragender betonte zum Schluß noch, daß er obige Gedanken lediglich als Arbeitshypothese aufgefaßt wissen möchte, und daß zunächst noch reichlicheres experimentelles Material zusammengetragen werden müsse, ehe weitere Schlüsse gezogen werden könnten.

Keine Diskussion.

2. Sitzung. Vorsitz: *Rehm.*

Aussprache über die Bildung von Kommissionen in den Kreisen und für das Land. Berichterstatter *Vocke*-Eglfing.

Ref. berichtet im Namen der im Vorjahr gewählten, aus den Herren *Entres*, *Kolb*, *Kraepelin*, *Oppermann*, *Rehm* und *Vocke* bestehenden Kommission. Die Kommission tagte im Oktober 1919 in München, kam zu bestimmten Vorschlägen und versuchte zunächst den Weg der schriftlichen Abstimmung, um die Bildung der angeregten Landeskommission und der Kreiskommission zu beschleunigen. Hierbei ergab sich zwar eine erhebliche Majorität für die gemachten Vorschläge, allein beachtenswerte Bedenken und Änderungsanträge von einigen Seiten und die ablehnende Haltung gegenüber der Aufbringung der Kosten seitens einer nicht unerheblichen Minderheit ließen eine Aussprache über die Vorschläge in der Jahresversammlung notwendig erscheinen. Im wesentlichen hat die Kommission beschlossen, ihre Anträge unverändert zu erneuern unter



Aufnahme einiger, besonders von den Herren in Ansbach vorgeschlagenen Änderungen.

In der Generaldiskussion, an welcher sich die Herren *Rehm*, *Weiler*, *Schwarz*, *Kraepelin*, *Utz*, *Fuchs*, *Oppermann*, *Sighardt* und *Vocke* beteiligten, wurden die grundsätzlich verschiedenen Aufgaben der geplanten Kommissionen als Fachvertretung und des Standesvereins der Anstaltsärzte als Beamtenvereinigung geklärt, ebenso das Verhältnis der im ärztlichen Versorgungswesen für Kriegsbeschädigte tätigen beamteten Psychiater zu den Kommissionen. Die lebhafte Spezialdiskussion zu den einzelnen Punkten der Vorschläge, in welcher die Herren *Prinzing*, *Berg*, *Eccard*, *Hügel*, *Kundt*, *Papst*, *Dees*, *Kraepelin*, *Sighardt*, *Mayr*, *Entres*, *Weiler*, *Bott*, *Utz*, *Rehm* und *Vocke* das Wort ergriffen, führte zur völligen Einigung auf folgende Beschlüsse:

1. Zur Vertretung der Interessen der Anstalten und Kranken, zur Anregung und zur Mitwirkung bei der Ein- und Durchführung einer fortschrittlichen Organisation der Irrenfürsorge, zur Abgabe von Gutachten in allen grundsätzlichen Fachfragen, zur Mitwirkung bei der Besetzung leitender Stellen sollen in den Kreisen psychiatrische Kreiskommissionen und für das Land eine psychiatrische Landeskommission gewählt werden.

2. Die Landeskommission soll aus fünf Mitgliedern bestehen, unter welchen sich je ein Vertreter der Kliniken und der Privatanstalten befindet. Die Kreiskommissionen bestehen aus drei, in Kreisen mit mehr als zwei Anstalten höchstens aus fünf Mitgliedern, unter welchen sich ein Anstaltsdirektor befinden muß. Die übrigen Mitglieder der Kreiskommissionen werden aus den Reihen der Ober- und Anstaltsärzte gewählt. Für jede Kommission wird alljährlich ein Ersatzmann gewählt, welcher eintritt, wenn ein Mitglied behindert oder in einer Personalfrage persönlich beteiligt ist.

3. Wahlperioden. Die erste Mandatsdauer erstreckt sich auf 3 Jahre. Einmalige Wiederwahl nach 3 Jahren ist zulässig. Wiederholte Wiederwahl nach 6 Jahren ist ausgeschlossen bei der Landeskommission und soll wenn möglich auch in den Kreiskommissionen vermieden werden. Zur Erhaltung der Kontinuität in der Geschäftsführung scheiden im 4. und 5. Jahr ein bzw. ein bis zwei Mitglieder, welche durch das Los bestimmt werden, vorzeitig aus.

4. Gewählt ist, wer die absolute Majorität der abgegebenen Stimmen erhalten hat. Wird diese im ersten Wahlgang nicht erreicht, so erfolgt eine Nachwahl, bei welcher die einfache Stimmenmehrheit entscheidet.

5. Die Wahl der Landeskommission wird von der Vorstandschaft des Vereins Bayerischer Psychiater, der Kreiskommissionen von den Vertrauensmännern des Standesvereins der bayerischen Anstaltsärzte geleitet.

6. Wahlberechtigt sind alle Mitglieder des Vereins Bayerischer Psychiater.



7. Aufgaben und Befugnisse: Die Kreiskommission soll in allen für das Irrenwesen des Kreises wichtigen Sach- und Personalfragen gehört werden. Ihr soll Gelegenheit gegeben werden, sich bei der Besetzung von Direktor- und Oberärztstellen im Instruktionsverfahren zu äußern. Sie soll das Recht erhalten, einen Vertreter in den Kreismedizinalausschuß abzuordnen, der von der Kommission aus den Fachkollegen des Kreises für die jeweilige Amtsdauer dieses Ausschusses (z. Z. vierjährig) gewählt wird. Die Landeskommission soll bei allen Ernennungen von Direktoren und Oberärzten nach erfolgter Instruktion gehört und grundsätzlich einvernommen werden über alle geplanten Neubauten und umfangreicheren Erweiterungsbauten auf dem Gebiete der öffentlichen Fürsorge für geisteskranke oder geistig abnorme Personen. Ihr obliegen Anregungen und Mitarbeit in allen Fragen, welche die fortschrittliche Weiterentwicklung des gesamten Irrenwesens betreffen, die Begutachtung in grundsätzlichen und Einzelfragen, die vom Ministerium oder anderen Behörden an sie gelangen, sowie die Prüfung und Weiterbehandlung der von Vereinen und Fachgenossen an sie geleiteten Anträge. Sie soll das Recht erhalten, einen Vertreter in den Obermedizinalausschuß abzuordnen, welchen sie selbst aus dem Kreise aller Fachgenossen des Landes für die jeweilige Amtsdauer dieses Ausschusses erwählt.

8. Abgrenzung der Arbeitsgebiete. Die Kreiskommissionen, welche die in den Kreisen anfallenden Gegenstände zu bearbeiten und zu erledigen haben, sollen in allen grundsätzlichen Fragen vor ihrer Entscheidung mit der Landeskommission ins Benehmen treten. Alljährlich einmal, anläßlich der Tagung des wissenschaftlichen und des Standesvereins treten Landeskommission und Kreiskommission bzw. Vertreter derselben zusammen, erstatten Bericht über ihre Tätigkeit, besprechen alles Wichtige und treffen die erforderlichen Vereinbarungen.

9. Eine Fachaufsicht wird von den Kommissionen nicht ausgeübt.

10. Die Kosten der Kommissionen (Reisekosten und Tagegelder sollen von den Kreisen und vom Land übernommen werden. Soweit dieses im folgenden Jahre nicht bereits erreicht werden kann, trägt die Kosten der Verein Bayerischer Psychiater.

Lange-München: Psychologische Wirkung von Giften.

Vortragender berichtet über Versuche, die er im Anfang des Jahres in der Psychiatrischen Klinik München mit sechs Versuchspersonen bei 10tägigen Versuchsreihen angestellt hat. Untersucht wurden die Wirkungen des Kokains, des Skopolamins und des Morphins in einer Versuchsanordnung, die derjenigen der bekannten Alkoholtoleranzversuche nachgebildet und nur etwas erweitert war, d. h. es wurden in zwei vollkommen gleichen Abschnitten Addieren, Auffassung, grobe Kraft, Wahlreaktionen und Assoziationen untersucht. In einer kurzen Pause zwischen den beiden

je 45 Minuten währenden Abschnitten wurde das Gift bzw. die Vexierflüssigkeit injiziert.

Dabei stellte sich heraus, daß durch das Kokain die zentrale, motorische Erregbarkeit erheblich gesteigert wurde, ferner unter der Wirkung des Giftes auch die Rechenleistungen und die grobe Kraft wesentlich anwuchsen. Herabgesetzt wurde dagegen die Auffassungsfähigkeit; und die Qualität der Leistungen beim Rechnen, den Assoziationen und den Wahlreaktionen erfuhr allenthalben eine Verschlechterung. Subjektiv wurde von allen Versuchspersonen eine deutliche Euphorie angegeben.

Das Skopolamin führt nach den Versuchen eine Herabsetzung aller untersuchten Leistungen herbei.

Beim Morphin endlich waren die Ergebnisse keine ganz einheitlichen. Durchgängig erschien lediglich eine Erleichterung der Auffassung, die sich in der Zunahme der erkannten Buchstaben und einer Abnahme der falschen und unsicheren Auffassungen zu erkennen gab. Ebenso war bei allen Versuchspersonen auffällig eine ziemlich erhebliche Verbreiterung der Mittelzone bei den Wahlreaktionen, die als eine Schädigung der Aufmerksamkeit und im weiteren Sinne der Willensleistungen aufgefaßt werden muß.

Nicht einheitlich waren dagegen die Ergebnisse beim Rechnen, das in vier Fällen geringere Resultate ergab, bei den Wahlreaktionen und den Kraftleistungen, die in vier Fällen verbessert wurden, in je zwei Fällen aber die entgegengesetzten Beeinflussungen zu erkennen gaben. Bei den Assoziationen fand sich allenthalben eine Verschlechterung der Qualität.

Die Uneinheitlichkeit der Ergebnisse bei den Morphinversuchen kann zusammenhängen mit einer tatsächlich verschiedenartigen Beeinflussung der einzelnen Versuchspersonen durch das Gift. Dafür spricht, daß auch die früheren *Kraepelin*schen Versuche nicht einheitlich ausgefallen sind. Ferner zeigten von unseren sechs Versuchspersonen zwei bei den Experimenten außerordentlich lästige körperliche Beschwerden, die die ganze folgende Nacht über anhielten, während zwei kaum Nennenswertes spürten, die letzten beiden endlich eine geringe Euphorie empfanden.

Vielleicht kann gerade die Untersuchung der Giftwirkungen uns neue Möglichkeiten der Differenzierung von Menschentypen geben.

Diskussion. — *Kraepelin*-München ist sehr befriedigt von der Erfahrung, daß die Kokainwirkung einerseits derjenigen des Alkohols sehr ähnelt, andererseits doch in der Verbesserung des Rechnens sich wieder davon unterscheidet. Es hat sich noch bei jeder Untersuchung neuer Gifte gezeigt, daß sie eine eigenartige Zusammensetzung der psychologischen Wirkung darbieten. Die Abweichungen in dem Ausfall der Morphinversuche gegenüber den früher angestellten dürfte sich aus dem Umstande erklären, daß jene Versuche fast alle an der gleichen Person angestellt wurden, die durch das Morphin sehr ungünstig beeinflußt wurde.

Weiler-München hält die Versuche auch für aufklärend für die Tatsache, daß der Kokainismus sich mit großer Geschwindigkeit und weiteste Kreise umfassend ausbreitete, während der Morphinismus sich in beschränkteren Grenzen hielt, obwohl durch den Krieg zahllose Menschen mit der Morphinwirkung bekannt wurden. Die durchweg angenehmen Wirkungen des Kokains tragen daran wohl die Schuld, während beim Morphin keineswegs bei allen Versuchspersonen erleichternde und angenehme Wirkungen ausgelöst werden.

Wuth-München ist auf Grund mehrerer Beobachtungen der Ansicht, daß die unangenehme Wirkung (Nausea) des Morphins auf einzelne Personen eine dauernde Eigenschaft dieser Personen ist und wahrscheinlich auf der von *Böhm* bearbeiteten retrograden Duodenalperistaltik beruht, die mitunter durch Ersatzmittel des Morphins (Narkophin) vermieden werden kann.

Sighart-Günzburg bemerkt zur Wirkung des Skopolamins, daß in manchen Fällen starker Erregung die motorische Lähmung ausbleibt, im Gegenteil eine Verstärkung der motorischen Erregung eintritt, die erst sehr spät der Lähmung Platz macht.

Meggendorfer-Hamburg: Klinische Beobachtungen legen vielleicht die Annahme nahe, daß das Skopolamin lähmend auf die zentralen Ganglien wirke. Bei mehreren Fällen von Encephalitis lethargica, die in der Rekonvaleszenz starke Spasmen hatten mit Armut und Erschwerung der Bewegungen, maskenartigem Gesicht, Erschwerung des Schluckens und der Sprache, sowie quälende Schlaflosigkeit, wirkten kleine Skopolamindosen ganz überraschend; sie beseitigten auf Stunden alle spastischen Symptome, so daß die Kranken einen ganz veränderten Anblick boten, sich natürlich bewegten, ohne Anstrengung laut sprachen, sich auch selbst vollkommen gesund fühlten. Eine lähmende Wirkung auf kortikale Zentren kann hier bei dem vollkommen freien Bewußtsein dieser Kranken kaum angenommen werden. Viel wahrscheinlicher ist eine solche Wirkung auf die bei Encephalitis lethargica zuerst gelähmten, später gereizten zentralen Ganglien. Ebenso wird das Skopolamin bei der Paralysis agitans, deren Sitz ja auch in das Corpus striatum verlegt wird, mit gutem Erfolg angewendet. Die schlafmachende Wirkung des Skopolamins würde sich mit der *Trömmer*schen Schlaftheorie gut vereinbaren lassen.

Lange (Schlußwort): Auf die Ausführungen *Kraepelins* hin wurde bemerkt, daß die Ähnlichkeiten der Wirkungen des Kokains und des Alkohols vielleicht noch weitergehende sind. Es wurde von einzelnen Versuchspersonen nachträglich eine starke Müdigkeit angegeben, zu einer Zeit, als die Versuche schon abgeschlossen waren. Eine Fortführung der Versuche über längere Zeit wird vielleicht wie beim Alkohol die nachträglich lähmende Wirkung des Kokains deutlich machen. — *Meggendorfer* wurde entgegnet, daß nach den Versuchen die Skopolamin-Wirkung vorwiegend als eine solche auf die Hirnrinde anzusehen ist. Jedoch ist auch



in der Klinik München bei generativer Chorea und Enzephalitiden mit Erfolg Skopolamin gereicht worden. — Auf *Sigharts* Ausführungen hin wurde darauf hingewiesen, daß sehr oft viel zu kleine Skopolamindosen gegeben werden, in manchen Fällen aber Verunreinigungen des Präparates vorkommen mögen. Im übrigen sind auch in der Klinik Erregungszustände nach Skopolamin beobachtet worden; doch gehören sie zu den großen Seltenheiten.

3. Sitzung. Vorsitz: *Vocke*.

Mayr-Eglfing erstattet den Kassen- und Rechnungsbericht.
Einnahmen: 525,83 M. Vermögensbestand in Pfandbriefen 1000 M.
Ausgaben: 594,64 M.
Abgleichung: Defizit von 68,81 M.

Die Rechnung wird von *Utz*-Ansbach und *Schwarz*-Bayreuth geprüft und richtig befunden, worauf dem Rechnungsführer unter Dank für seine Mühewaltung Entlastung erteilt wird.

Auf Antrag des Rechnungsführers wird der Beitrag für das nächste Geschäftsjahr auf 10 Mark festgesetzt und die etwaige Erhebung einer weiteren Umlage zur Deckung der Kommissionskosten genehmigt.

Vorstandswahl: *Rehm* und *Vocke* ersuchen dringend im Sinne des gestern gefaßten Beschlusses sogleich an die Erneuerung der Vorstandschaft heranzutreten und lehnen deshalb die Annahme einer für diesmal angeregten Wiederwahl im Hinblick auf ihre schon langjährige Amtsdauer bestimmt ab. Es werden alsdann neugewählt: *Kundt*-Deggendorf, Vorsitzender, *Entres*-Eglfing, stellv. Vorsitzender, *Sterz*-München, stellv. Schriftführer, wiedergewählt *Mayr*-Eglfing als Schriftführer.

Zählkartenstatistik. — Vorsitzender: Das statistische Landesamt hat in der letzten Zeit von verschiedenen Anstalten die nachträgliche Einsendung der Zählkarten für Jahre zurück verlangt. Auf Antrag unseres Vereins hat das Ministerium des Innern seinerzeit die Ausfüllung der alten statistischen Tabellen II—X erlassen und das von der Breslauer Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie im Jahre 1913 empfohlene Schema zur Erprobung eingeführt. Unter diesen Umständen hatte die Ausfüllung der alten Zählkarten mit der ganz unbrauchbaren Einteilung der psychischen Krankheitsformen keinen Wert mehr und wurde als selbstverständlich von den meisten Anstalten unterlassen. Das Statistische Landesamt hat die Zählkarten bisher auch nie mehr verlangt. Infolge einer Anregung der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie soll nunmehr eine Statistik über den Rückgang der Alkoholerkrankungen während des Krieges gemacht werden, und deshalb wünscht das Statistische Landesamt die nachträgliche Ausfüllung und Einsendung der Zählkarten seit dem Jahre 1914.

Ich habe dem Landesamt in einer telephonischen Besprechung erklärt, daß die Erfüllung dieses Verlangens unmöglich ist und daß es genügt, wenn die Zählkarten der Alkoholkranken für 1914—1919 erstellt werden.

Das Amt hat sich damit einverstanden erklärt. Bei der geringen Zahl der betreffenden Kranken in den Kriegsjahren ist diese Arbeit nicht sehr umfangreich und kann unschwer gemacht werden.

Der Deutsche Verein für Psychiatrie hat sich auf eine Anregung des Reichsgesundheitsamtes neuerdings mit der Einteilung der psychischen Krankheiten befaßt und in der diesjährigen Hamburger Tagung ein neues Schema für die zu ändernde Reichsstatistik angenommen. Das Weiterarbeiten nach einem veralteten, in Bayern seit 6 Jahren verlassenen Schema hat weder einen wissenschaftlichen noch einen statistischen Wert. Wir müssen uns daher gegen die Ausfüllung der alten Zählkarten wehren.

Kraepelin ist derselben Meinung, bittet aber die Zählkarten der Alkoholkranken während der Kriegsjahre nachträglich auszufüllen und einzusenden zur Ermöglichung der geplanten Arbeit.

Prinzing-Kaufbeuren stellt den Antrag, die alten Zählkarten in keiner Anstalt mehr auszufüllen.

Der Verein beschließt im Sinne dieser beiden Anregungen.

Statutenänderung. — Der neue Vorstand wird beauftragt, die Vereinssatzung zu revidieren und der nächstjährigen Jahresversammlung den Entwurf einer Statutenänderung vorzulegen, insbesondere über die Berechtigung zur Mitgliedschaft.

Als Vorort für die nächste Jahresversammlung wird München gewählt; die Wahl eines Referatthemas wird der Vorstandschaft überlassen.

Rehm übernimmt den Vorsitz.

Vocke: Die Ausbildung und Prüfung des Pflegepersonals. (Erscheint in der psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift.)

Diskussion. — *Eccard*-Frankenthal tritt nachdrücklich ein für die Ausbildung des Pflegepersonals und die Ablegung der Prüfung, wie sie die Bekanntmachung vom 27. 1. 1920 vorsieht. Er verlangt 3 Jahre Karenzzeit bis zum Beginn der theoretischen Ausbildung. Kursgelder sollen vom Personal selbst bezahlt werden. Fragt an, ob die Kurse obligatorisch gemacht werden sollen.

Kundt-Deggendorf bezweifelt, ob es zweckmäßig ist, die Teilnahme an den Unterrichtskursen obligatorisch zu machen. Der Unterricht ist eine freiwillige Leistung, die das Pflegepersonal übernimmt, um der besseren Löhne teilhaftig zu werden; wer nicht teilnimmt, kommt nicht zur Prüfung, fällt durch und trägt selbst die Nachteile.

Mayr-Eglfing wünscht dringend die Teilnahme an den Kursen obligatorisch zu machen, da man sonst einen ungeheuren Ballast an Leuten mitumherschleppt, die ohne jedes Verständnis für ihren Beruf sind.

Prinzing-Kaufbeuren regt die Frage an, ob nicht neben der Ausbildung in den Irrenanstalten auch Ausbildungskurse in den am Ort vorhandenen Krankenhäusern stattfinden sollen.

Schnittmann-Haar unterstützt diesen Antrag.



Bott-Bamberg wünscht in jedem Kreis eine Pflegerschule. Vorteile: Ersparnis an Lehrern und an Zeit des Lehrers. Verwendung der freien Tage zum Unterricht und zum Studium. Die zum Kurs zugelassenen Pflegepersonen werden an die betreffende Anstalt kommandiert gegen Austausch einer entsprechenden Anzahl jüngerer Leute. Das erfordert gar keine Kosten.

Dees-Gabersee hält es hingegen für wünschenswert, daß an jeder Anstalt eine Pflegerschule eingerichtet wird, weil schon die dienstlichen Verhältnisse jeder Anstalt so verschieden sind, daß auf die örtlichen Eigentümlichkeiten Rücksicht genommen werden muß.

Eccard-Frankenthal: Die Befürchtung, daß die Anstalten nicht genug Material zum Unterricht besitzen, besonders in der allgemeinen Krankenpflege, ist nicht begründet. Die Anstalten haben genügend Material, und eventuell kann es, wie das auch in somatischen Krankenhäusern der Fall ist, durch fingiertes ersetzt werden.

Kundt-Deggendorf hält eine Teilung der Ausbildung des Personals zwischen Irrenanstalt und Krankenhaus nicht für glücklich. Entweder sollen die Irrenanstalten ihr Personal selbst ausbilden, oder sie sollen die Aufnahme als Pflegepersonal von der Ablegung der Prüfung abhängig machen. Eine größere Anstalt hat soviel Material an körperlich Kranken, daß es bei geeigneter Zusammenlegung und Benutzung für den Unterricht ausreicht; ist nicht genügend geübtes älteres Personal für diese Ausbildung vorhanden, so muß eben der Arzt eintreten.

Herfeldt-Ansbach: Die Ausbildung in körperlicher Pflege in Krankenhäusern scheitert an der Kostenfrage, da für das zur Ausbildung abkommandierte Personal Ersatz beschafft werden muß. Die Anstalten sollen ihr Personal selbst ausbilden; diese Arbeit wird gern übernommen. In einem Krankenhause würden die Leute vielleicht als Last empfunden. Zur erfolgreichen Ausbildung aber gehört von seiten des Schülers und Lehrers Lust und Liebe.

Vocke-Eglfing: Wir verlangen die allgemeine Staatsprüfung, wollen die Pfleger und Pflegerinnen aber selbst ausbilden.

Rehm-Neufriedenheim beantragt 1 Jahr Karenzzeit bis zum Eintritt in die Pflegerschule.

Entres-Eglfing weist auf die Gefahren hin und die Verantwortung, die wir damit übernehmen, wenn wir gänzlich unausgebildetes Pflegepersonal längere Zeit beschäftigen. Wir können nicht früh genug mit einer allgemeinen Ausbildung in der Krankenpflege beginnen, um das Pflegepersonal für die Aufgaben und Gefahren seines Berufes wenigstens einigermaßen vorzubereiten.

Es werden alsdann folgende Leitsätze einstimmig angenommen:

1. Vom Berufspersonal der öffentlichen Irrenanstalten muß die Ablegung der jetzigen staatlichen Prüfung für Krankenpflegepersonen verlangt werden.




2. Die Ausbildung im vorgeschriebenen Lehrgange soll in den Heil- und Pflegeanstalten selbst stattfinden. Zu diesem Zwecke ist bei den zuständigen Kreisregierungen zu beantragen, daß die Heil- und Pflegeanstalten ihr Pflegepersonal selbst ausbilden, als Krankenpflegeschulen anerkannt werden und ihre eigenen Prüfungsausschüsse erhalten, in welchem der Direktor die Stelle des beamteten Arztes einnehmen soll.

3. Der Lehrgang wird zweckmäßig in einen Vorbereitungskurs und in einen Prüfungskurs geteilt werden. Der Vorbereitungskurs soll möglichst bald nach dem Diensteintritte beginnen und ist für alle Neueingetretenen obligatorisch. Der Prüfungskurs fällt in das 2. Dienstjahr und ist für alle obligatorisch, die ferner im Dienste verbleiben wollen.

4. Von den Kursteilnehmern ist ein Kurshonorar zu fordern, die sonstigen Kosten der Ausbildung sollen die Kreise übernehmen.

5. Sofern die bereits abgeschlossenen Tarifverträge nichts anderes bestimmen, sind während der Übergangszeit als „geprüft" im Sinne des Tarifvertrages diejenigen Pflegepersonen zu erachten, welche 3 Jahre im Dienste und geeignet sind.

6. Die staatliche Anerkennung als Krankenpflegeperson ohne Prüfung darf ohne Nachweis eines ausreichenden Lehrganges in der allgemeinen Krankenpflege auch beim dienstälteren Pflegepersonal nicht befürwortet werden.

Vocke übernimmt den Vorsitz wieder.

Nothaß-München: Paraldehydpsychosen.

Vortragender berichtet über zwei Fälle von Paraldehyddelir, die schon wegen des außerordentlich seltenen Vorkommens — es sind seit dem Bestehen der Münchener Klinik nur zwei Fälle beobachtet — von großem Interesse sind.

Der erste Fall betrifft einen 30 jährigen Zahnarzt, von Hause aus Psychopath, nach Schilderung seiner Angehörigen ein eigenartiger, selbstquälerisch veranlagter, zurückgezogen lebender, völlig alkoholabstinenter Mensch. Über hereditäre Verhältnisse erfuhren wir, daß seine Tante zeitweise an Verfolgungsideen litt und ein Onkel von ihm schwachsinnig war. Morphium- und Kokainmißbrauch, zu dem ihn Beispiel, Gelegenheit und seine Verstimmungszustände getrieben hatten, führten ihn mit den typischen psychotischen Erscheinungen des Kokainismus im Jahre 1915 zum ersten Male in die Klinik. Schon kurze Zeit nach der Entlassung aus der Anstalt wurde er wieder rückfällig und griff in der Folgezeit außer zu den genannten Mitteln zu Schlafmitteln, wie Veronal, Luminal und Paraldehyd, das er bis zu 50 g täglich nahm.

Am 5. März 1918 kam er neuerdings zur Aufnahme in die Klinik mit starken Schweißausbrüchen und großem Schwächegefühl. Am nächsten Mittag setzten bei tiefer Bewußtlosigkeit epileptische Anfälle ein mit algemeinen klonischen Zuckungen, Zyanose, lichtstarren Pupillen, Babinski



beiderseits, kleinem, inäqualem, irregulärem Puls, unfreiwilligem Urinabgang. Bis Mitternacht hatte der Kranke neun Anfälle. Am 7. März sistierten die Anfälle, der Kranke blieb jedoch schwer besinnlich, war zeitlich und örtlich nur mangelhaft orientiert. Im Laufe des Nachmittags entwickelte sich ein ausgesprochen delirantes Zustandsbild. Der Kranke fingerte in der Luft umher, machte sich selbst Injektionen, sah im Badewasser Paraldehydfläschchen schwimmen. Dabei erkannte er seine Angehörigen und unterhielt sich mit ihnen. Mit Leichtigkeit gelang es, bei ihm suggestive Sinnestäuschungen hervorzurufen. Er las vom leeren Blatt ab, sah Kokainkristalle, hielt einen beliebigen Gegenstand für eine Morphiumspritze. In dieser Form dauerte das Delir 9 Tage. Vom 10. Tage an war er völlig orientiert, wurde lebhafter, frischer, die deliranten Bewegungen verschwanden. Die schwere Aufmerksamkeitsstörung ging zusehends zurück. Dafür stellten sich eigentümliche Halluzinationen ein, die vermutlich auf Parästhesien beruhten und illusionär umgedeutet wurden. Der Arm bestand aus Holz, Hände und Füße waren dünner geworden, fühlten sich an wie Hartleder, das an manchen Stellen durchgebrannt war. Der Schädel war zertrümmert, das eine Auge ausgelaufen, was er auf Maschinengewehrschüsse zurückführte. Er berichtete über phantastische Erlebnisse, die auf optische Sinnestäuschungen zurückgingen. Ein General sah durchs Fenster mit schwarzem Bart und einer Pistole in der Hand und sprach die Worte: Pulver entscheidet.

Nach 14 tägiger Dauer klang das Delir ab. Der Kranke korrigierte restlos und bezeichnete seine Erlebnisse als Filmphantasien. Die Rekonvaleszenz war durch eine Gewichtszunahme von 8 Kilo in 4 Wochen ausgezeichnet. Somatisch bestanden während des Delirs Schweißausbrüche und ein Tremor der Hände und Zunge von wechselnder Stärke, die Sprache war häsitierend, lallend. Starke motorische Unruhe fehlte. Störungen von seiten des Herzens wurden nur während der Anfälle beobachtet. Der Urin blieb frei von pathologischen Bestandteilen.

Im zweiten Falle handelt es sich um einen 32 jährigen Kaufmann, einen erregbaren Psychopathen, der bis zum 14. Lebensjahr Bettnässer war und hysterische Anfälle gehabt hatte. Nach einer schweren Verwundung im Jahre 1915 hatte er während eines 3 jährigen Lazarettaufenthaltes als Patient und später als Heilgehilfe sich an Morphium und Kodein gewöhnt. Eine Entziehungskur führte ihn im Dezember 1919 zum erstenmal in die Klinik. Im Februar 1920 stellte er sich wiederum vor, um sich einer mehrtägigen Quarantäne zu unterziehen. Er war bis dahin von Morphium freigeblieben. Am 7. Mai klagte er über körperliches Unbehagen, hatte Erbrechen und Temperatursteigerung. Gegen Abend machte er plötzlich seine Frau darauf aufmerksam, daß an der Wand phantastisch verzerrte Bilder aus Gargantua und Pantagruel zu sehen wären. Dann flogen Wirrhaare durchs Fenster und bildeten Knäuel. Er griff danach und zeigte sie seiner Umgebung. Nachts kamen Gestalten



durch die Tür, bespritzten ihn mit Wasser, betupften ihn mit Stäben. Als er danach fassen wollte, zerrannen sie unter höhnischem Grinsen zu nichts.

Bei der Aufnahme am 9. Mai war er örtlich völlig orientiert, nicht aber zeitlich. Er konnte über die Vorgeschichte und den Krankheitsbeginn gut Auskunft geben und gab an, in den letzten Monaten bis zu 30 g Paraldehyd täglich genommen zu haben. Es gelang immer leicht, aber nur vorübergehend, seine Aufmerksamkeit in Anspruch zu nehmen, da er sogleich wieder durch seine Sinnestäuschungen abgelenkt wurde. Dabei bestand ein ausgesprochen delirantes Zustandsbild. Bei ganz geringer motorischer Unruhe und wenig Beschäftigungsdrang standen im Vordergrund des Krankheitsbildes szenenhafte, optische Sinnestäuschungen mit einem dem Affekt entsprechenden schreckhaften Inhalt und taktilen Trugwahrnehmungen. Er sah kleine grüne Insekten, Maikäferschwärme, Soldaten mit Gasmasken, er wurde vor ein kommunistisches Gericht gestellt, das ihn wegen Arbeitsscheu verurteilte. Die Hoden wurden ihm operativ entfernt, Knochenstücke herausgesägt, er sah sich im Sterbehemd liegen, sah seine Frau in verkommener Gesellschaft, wie sie Schildkröten mit Menschenköpfen und grauen Haaren liebkoste. Starkströme von 100000 Volt wurden an ihm geprüft. Er war Glühlampen und Röntgenstrahlen ausgesetzt. Sein Bettnachbar kitzelte ihn mit Federn. Von unten her wurden ihm durchs Bett von der Schwester mit langen Nadeln Einstiche in die Haut gemacht. Im Vergleiche dazu spielten eine ganz untergeordnete Rolle die akustischen Sinnestäuschungen. Er hörte ab und zu Kommandorufe, Pferdegestampf, Stimmen von Bekannten. Bei jederzeit einwandfreier örtlicher Orientierung war die zeitliche Orientierung stets falsch, was den Kranken aber keineswegs ratlos und unsicher machte. Ebenso gleichgültig und gefaßt war seine Reaktion auf den Angstaffekt, die sich nie durch Klagen und Jammern äußerte. Der Suggestibilität entsprechend waren Konfabulationen rasch wechselnden Inhaltes ziemlich üppig. Auch Druckvisionen bestanden vorübergehend. Vom 7. Tage an flauten die deliranten Erscheinungen ab, die Sinnestäuschungen traten in den Hintergrund. Dann folgte ein 3 tägiges, sehr eigentümliches Nachstadium, das durch Mißtrauen, Reizbarkeit und große Angst gekennzeichnet war und zu Angriffen auf seine Umgebung und schweren Anschuldigungen derselben führte. Vom 11. Tage an war der Kranke wieder in seinem Normalzustande. Die somatischen Erscheinungen während des Delirs waren in diesem Falle gleich Null, es wurden weder Schweißausbrüche, noch Tremor oder Erscheinungen von seiten des Herzens beobachtet.

Bei Durchsicht der einschlägigen Literatur fällt vor allem das außerordentlich seltene Vorkommen der Paraldehydpsychosen auf. In dem von *Probst* beschriebenen Falle handelt es sich um eine 38 jährige Frau, die jahrelang 10 g Paraldehyd genommen hatte und dann nach einer ein-

maligen Gabe von 150 g wegen eines tiefen Schlafzustandes in Anstaltsbehandlung gekommen war. 3 Tage später setzte das Delir mit Unruhe, Umhersuchen, Sinnestäuschungen und leichten Muskelzuckungen ein.

Über einen weiteren Fall berichtet *Reinhold*, wo ein 41 jähriger Mann nach täglichem Gebrauch von 60 g Paraldehyd am 2. Tage nach der Entziehung einen epileptiformen Anfall bekam und dann einen delirösen Zustand mit Halluzinationen, der nach 3 Tagen zurückging. Auch der von *Krafft-Ebing* mitgeteilte Fall bot, nachdem er 1 Jahr lang 40 g Paraldehyd genommen hatte, am 4. Tage nach der Entziehung epileptische Anfälle, Sinnestäuschungen, Pulsbeschleunigung und Temperaturerhöhung dar. Endlich berichtet *Kehrer* noch über einen Fall von Paraldehydepilepsie. Dieser Kranke hatte im Verlaufe von 1 ½ Jahren eine maximale Tagesdosis von 200 g Paraldehyd erreicht. Am 3. Tage der Abstinenz trat ein schwerer epileptischer Anfall auf, ohne daß ein Delir sich daran anschloß. Da in all diesen Fällen die psychischen Störungen erst am 2. bis 8. Tage der Abstinenz aufgetreten waren, vertrat *Kehrer* die Anschauung, daß Anfälle und Bewußtseinsstörungen beim chronischen Paraldehydismus Erscheinungen der Abstinenz sind. In unserem ersten Falle jedoch sind die epileptischen Anfälle schon innerhalb der ersten 24 Stunden der Abstinenz aufgetreten. Der zweite Fall hatte schon innerhalb der Paraldehydzufuhren die ersten deliranten Erscheinungen geboten, die allerdings dann unter der Abstinenz ihren Höhepunkt erreichten. Wenn die psychischen Störungen mit Vorliebe erst während der Abstinenz aufzutreten pflegen, so kann das damit zusammenhängen, daß die Reizung der Hirnrinde, wie sie in Anfällen und Delirien zum Ausdruck kommt, erst dann zur vollen Auswirkung gelangen kann, wenn die unter der unmittelbaren Giftwirkung entstandenen Schlafzustände in Wegfall kommen.

Eine auffallende Übereinstimmung zeigt in all den mitgeteilten Fällen die zu psychischen Störungen führende Dosis, die durchschnittlich 50 g täglich betrug. Die zur Auslösung der Psychose nötige Zeit bewegte sich zwischen 3 Monaten und mehreren Jahren.

Symptomatisch zeigten die Paraldehydpsychosen große Ähnlichkeit mit dem Delirium tremens der Alkoholisten. Die Desorientiertheit, die Aufmerksamkeitsstörung, die Konfabulationen, die Suggestibilität, die szenenhaften Halluzinationen mit den Tiervisionen und den taktilen Trugwahrnehmungen, der ängstliche Affekt und — wenn auch seltener — die epileptischen Anfälle sind integrierende Bestandteile des Delirium tremens. Dagegen läßt der Paraldehyddelirant die große motorische Unruhe des Alkoholdeliranten und das ausgeprägte Beschäftigungsdelir vermissen. Auch fehlt ihm die humoristische Stimmung des Alkoholisten und seine Gereiztheit. Was die Dauer der Delirien betrifft, so sind sie offenbar beim Paraldehydismus wesentlich länger, in unseren Fällen 10—12 Tage. Der am meisten in die Augen springende Unterschied besteht jedoch darin, daß das Paraldehyddelir nicht die schweren somatischen



Erscheinungen des Alkoholdelirs, vor allem von seiten des Herzens, der Nieren, des Gefäß- und Nervensystems, bietet. Die Ähnlichkeit der beiden Krankheitsbilder ist ja schon deswegen nicht verwunderlich, weil das Paraldehyd chemisch dem Alkohol sehr nahe steht und auch die psychologische Paraldehydwirkung im ganzen der des Alkohols entspricht. Beim Paraldehyd ist lediglich die Willenserregung eine geringere, die Lähmung tritt früher und nachhaltiger ein. Es ist also die sensorische Komponente stärker und die motorische schwächer als beim Alkohol. Daß schwerere somatische Erscheinungen während des Delirs fehlten, erklärt sich wohl in erster Linie daraus, daß der Paraldehydabusus nicht solange — unter Umständen nur Monate — getrieben werden muß, um psychische Störungen zu zeitigen, als der Alkoholmißbrauch. Auch scheinen beim Paraldehyd die allgemeinen Beeinflussungen und Schädigungen des Körpers geringer zu sein, weil offenbar seine Wirkung auf das Gehirn eine elektivere ist. Ebenso wie im Alkoholdelir dürfen wir im Paraldehyddelir mit Sicherheit keine Exazerbation der akuten Vergiftungserscheinungen sehen, sondern Sekundärwirkungen von Stoffwechselgiften, analog den urämischen und paralytischen Delirien. Eine weitere Parallele zu den alkoholischen Geistesstörungen gestattet unser zweiter Fall, wo der Kranke nach Abklingen des eigentlichen Delirs besonnen wurde, aber äußerst gespannt und mißtrauisch blieb und voller Beeinflussungsideen und Angstvorstellungen steckte. Es gibt also auch hier zwei Äußerungen des Krankheitsprozesses, und das erinnert an die zwei Formen der akuten Alkoholpsychosen, das Delirium tremens mit Desorientiertheit und Sinnestäuschungen einerseits und die Halluzinose mit Besonnenheit, Angst und Mißtrauen andererseits, zwei in ihrem äußeren Bild zwar abweichende Störungen, dabei doch nur klinische Varianten desselben Krankheitsvorganges und abgesehen von der individuellen Reaktionsform nur durch die Tiefe der Bewußtseinstrübung unterschieden.

Zum Schlusse möchte ich noch auf die große Ähnlichkeit der Paraldehyd- und Alkohol elirien mit Krankheitsbildern hinweisen, die wir mehrfach während der Epidemie von Encephalitis lethargica zu beobachten Gelegenheit hatten. Einige dieser Kranken boten nach den üblichen Initialsymptomen wie Kopfschmerzen, Temperatursteigerungen, Doppeltsehen, ein delirantes Zustandsbild mit motorischer Unruhe, lebhaftem Beschäftigungsdrang und szenenhaften Erlebnissen dar, das sich in nichts von den hier geschilderten Krankheitsbildern unterschied.

Diskussion. — *Kundt*-Deggendorf fragt, ob das Paraldehyd vielleicht verfälscht war. Er hat drei Fälle plötzlicher Todesfälle erlebt, die nur auf Paraldehyd-Gaben zurückzuführen sind. Diese Paraldehyd-Gaben betrugen höchstens etwa $^1/_{10}$ der sonst vertragenen Höchstgaben. Es ließ sich damals der Verdacht nicht von der Hand weisen, daß es sich um Verunreinigungen oder Verfälschungen nach Art der Alkoholverfälschungen handele; die gerichtliche Untersuchung hat allerdings Unterlagen für diese Annahme nicht ergeben.



Prinzing-Kaufbeuren berichtet über Schädigung der Gesundheit von Pfleglingen infolge Darreichung von Paraldehyd, das zum Zwecke der Auftauung aus eingefrorenem Zustand höherer Temperatur ausgesetzt worden war, wobei Umwandlung in Formaldehyd stattgefunden hatte.

Sighart-Günzburg bemerkt, daß Paraldehyd durch Einfrieren keine chemisch nachweisbare oder in der klinischen Wirkung auffällige Veränderung erleidet.

Kraepelin-München weist darauf hin, daß die beobachteten Krankheitsbilder in allen, auch in den aus früherer Zeit stammenden Fällen genau übereinstimmten, daß also wohl kein Grund vorliegt, die Erscheinungen auf zufällige Verunreinigungen zurückzuführen. Die Mengen, die in unseren Fällen genommen wurden, waren auch so groß, daß die Möglichkeit schwererer Schädigungen ohne weiteres gegeben erscheint. Die Ähnlichkeit der Bilder mit den alkoholischen war eine außerordentliche, doch muß man im Hinblick auf die längere Dauer wohl annehmen, daß die Schädigungen sich weniger rasch ausgleichen.

Lange-München: Umwandlung in Formaldehyd bzw. Beimengungen von Methylalkohol kommen bei der Herbeiführung der Delirien nach den Erfahrungen über Vergiftungen mit den beiden genannten Mitteln nicht in Frage.

Nothaß erwidert, daß das verwendete Paraldehyd nicht untersucht wurde.

Berg-Kaufbeuren: Inhalt der Wahnidee, Art der Psychose.

Während man früher keine Geisteskrankheiten in unserem heutigen Sinne kannte, sondern Zustandsbilder, Symptome und Symptomkomplexe als Krankheitsbilder beschrieb, sind wir seit geraumer Zeit, nicht zuletzt durch die Verdienste *Kraepelins*, gewohnt, die Krankheitsbilder auf Ätiologie, Zustandsbild, Verlauf und Ausgang zu untersuchen und so die einzelnen Krankheitsbilder voneinander abzugrenzen. Es ergibt sich dabei, daß die Krankheiten in ihrem Verlauf ganz verschiedene Krankheitsbilder vortäuschen können, wie ja die Mannigfaltigkeit der Zustandsbilder bei einer Krankheit tatsächlich unendlich ist nach *Jaspers*. Bei dieser Einteilung spielt das Einzelsymptom eine mehr als untergeordnete Rolle. In den Fällen, in denen man einem Symptom eine führende Rolle zuerkannte, mußte man sich nach kürzerer oder längerer Zeit zu einer Revidierung des Krankheitsbildes herbeilassen. Vergleiche die Wandlungen des Paranoia- und Amentiabegriffes. Es ist deshalb verständlich und berechtigt, wenn jetzt ganz allgemein vor Überschätzung des einzelnen Symptoms gewarnt wird. Aber gerade, weil die Einzelsymptome so sehr in den Hintergrund gedrängt sind, ist es vielleicht nicht unzweckmäßig, die einzelnen Krankheitssymptome auf Bedeutung, Stichhaltigkeit und Häufigkeit bei den einzelnen Krankheitsbildern zu prüfen.





Es werden nun im folgenden manisch-depressives Irresein, Dementia praecox, Paralyse und senile Geistesstörungen auf den Inhalt ihrer Wahnideen untersucht. Beim Inhalt beachten wir zweierlei: 1. ob es sich um Größen- oder Kleinheitsideen handelt, 2. ob sich die betreffende Wahnidee im Bereich des Möglichen hält, ob sie sinnvoll oder sinnlos, abenteuerlich ist.

In der manischen Phase des manisch-depressiven Irreseins haben wir in etwa $^1/_5$ der Fälle Größenideen, die sich durch große Flüchtigkeit und starken Wechsel auszeichnen. Es sind größtenteils prahlerische Aufschneidereien und scherzhafte Übertreibungen, die von den Kranken selbst nicht ernst genommen werden. Sie halten sich in mäßigen Grenzen. In einem kleinen Teil der Fälle nehmen sie einen phantastischen, abenteuerlichen Charakter an und erinnern an die Größenideen bei Paralytikern. Durch paranoide Ideen kann gelegentlich auch das Bild der Paranoia vorgetäuscht werden. Eifersuchtsideen werden gelegentlich beobachtet, sind aber selten.

In der depressiven Phase kommt es zur reichlichen Wahnbildung. Die hypochondrischen Wahnideen haben oft einen ganz sinnlosen, phantastischen, abenteuerlichen Inhalt, so daß man an die Wahnbildung der Paralytiker erinnert wird. Verfolgungs- und Beziehungsideen sind selten, doch können durch starkes Hervortreten der Verfolgungsideen Bilder entstehen, die sehr an Alkoholwahnsinn erinnern. Die Differentialdiagnose gegenüber der Dementia praecox, die vor allem in Betracht kommt, zählt zu den schwierigsten Aufgaben. Eine Unterscheidung auf Grund der Wahnideen ist äußerst schwer, wenn nicht unmöglich. Die Unsinnigkeit der Wahnideen kann als Unterscheidungsmerkmal nicht herangezogen werden, da auch bei manisch-depressivem Irresein unsinnige, abenteuerliche Ideen vorkommen. Erst der Verlauf oder der Charakter der späteren Anfälle gibt die rechte Auffassung des ersten Falles. Auch bei Paralyse sehen wir gelegentlich in 10% ausgesprochene Bilder wie beim manisch-depressiven Irresein mit Größenideen oder Selbstvorwürfen und Lebensüberdruß. Die Arteriosklerose wird in etwa 7,9% durch melancholisch-hypochondrische Psychose eingeleitet. Die melancholischen Depressionszustände bei Hirnlues sind nur durch Wassermannsche Reaktion abzugrenzen.

Zusammenfassend können wir also sagen, daß es nicht möglich ist, das manisch-depressive Irresein einzig und allein auf Grund der Wahnideen von den anderen Krankheiten zu trennen, da beim Verlauf verschiedener Krankheiten Erregungszustände mit Größenideen und depressive Zustände mit Wahnbildungen auftreten können, die sich vom manisch-depressiven Irresein nicht unterscheiden.

Was die Wahnideen bei Dementia praecox anlangt, so finden wir übereinstimmend bei allen Autoren die Unsinnigkeit, Abenteuerlichkeit, den starken Wechsel und — abgesehen von der paranoiden Form —



die Zusammenhangslosigkeit der Wahnideen betont. Der Beginn der Dementia praecox tritt oft im Zeichen der Depression mit entsprechenden Wahnbildungen auf, so daß gerade jede starke hypochondrische Färbung von vornherein auf Dementia praecox verdächtig ist. Die Größenideen, die sich beim manisch-depressiven Irresein im Rahmen des Scherzhaften, Aufschneidens und Renommierens halten, nehmen bei Dementia praecox gewöhnlich andere Formen an. Hier steht im Vordergrund aller Wahnideen das Unsinnige, Abenteuerliche, Groteske, Zusammenhangslose, Mannigfache, Raschwechselnde und das Mißverhältnis zwischen Wahnideen und äußerem Verhalten. Mit zunehmender Demenz sehen wir auch immer ein Deutlicherwerden der Unsinnigkeit, es kommt zu einer Steigerung der Absurdität. In diesem Stadium ist die Unterscheidung von manisch-depressiven unschwer möglich. Bei paranoiden Krankheitsformen haben wir stets eine Systematisierung der Wahnbildung. Doch ist auch hier eine Unterscheidung von Dementia praecox paranoides, Paraphrenie und Paranoia auf Grund der Wahnideen allein nicht möglich. Denn wenn auch die Paranoia eine Wahnpsychose mit völlig vorherrschender Stellung des Wahns im Krankheitsbilde ist, so reicht die Vorherrschaft der Wahnsymptome allein in keiner Weise aus, um eine Psychose zur Paranoia zu stempeln. Denn paranoische Einzelzüge sind nicht pathognostisch. Vielmehr kommt es auf die Weiterentwicklung, den Verlauf, den Ausgang der Krankheit an und auf das Verhalten der Kranken den Wahnideen gegenüber. Berücksichtigen müssen wir außerdem, daß paranoide Zustandsbilder im Verlauf so gut wie jeder Krankheit gelegentlich auftreten können, und daß eine Dementia praecox jahrelang eine Paranoia vortäuschen kann.

Die alkoholischen Geistesstörungen zeichnen sich nicht durch spezifische Wahnideen aus. Auch der bis zu 80% im Gefolge von Alkoholismus auftretende Eifersuchtswahn ist nicht spezifisch, sondern kommt gelegentlich bei jeder Geisteskrankheit vor.

Bei der progressiven Paralyse kommen in etwa 50% Wahnideen vor. Den klassischen Größenwahn beobachten wir in etwa 20%. Im allgemeinen ist er leicht von den Größenideen bei manisch-depressivem Irresein zu unterscheiden, da er dort nicht suggestibel ist und wohl nie einen so hohen Grad von Blödsinn erreicht, wie hier. Außerdem werden hier barocke Größenideen neben gleichzeitigen depressiven Ideen produziert, was bei manisch-depressivem Irresein ausgeschlossen ist. Die hypochondrischen Ideen sind von manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox nicht zu unterscheiden, ebensowenig die Verfolgungsideen, wenn letztere auch bei manisch-depressivem Irresein stabiler und logischer sind.

Eine Unterscheidung von Dementia praecox ist unmöglich auf Grund der Wahnideen. Sie ist nur möglich mit Hilfe anderer Symptome, vor allen Dingen der Wassermannschen Reaktion. Dasselbe trifft für die



alkoholischen und senilen Geistesstörungen zu, soweit sie Ähnlichkeit mit der Paralyse haben.

Im Vordergrund der senilen Geistesstörungen stehen die paranoiden Symptombilder, Angst und Verfolgungsideen. Die Unterscheidung der einzelnen senilen Erkrankungen auf Grund der Wahnideen ist unmöglich, denn sie sind allen Krankheiten dieses Lebensalters eigen. Der Inhalt ist bei allen mehr oder minder kindisch, läppisch, unsinnig. Das strahlende Glücksgefühl der Paralytiker fehlt, wie ja auch die Paralyse in diesem Alter unter dem Bild der senilen Demenz verläuft. Für die Unterscheidung von den arteriosklerotischen Hirnerkrankungen ist vor allem der neurologische Befund maßgebend, für die Abgrenzung der syphilitischen die Wassermannsche Reaktion. Die senilen und präsenilen Geisteskrankheiten von den übrigen abzugrenzen, erscheint unmöglich, denn unsinnige Größenideen kommen nicht nur hier, sondern vor allem bei Paralyse, Dementia praecox und gelegentlich auch beim manisch-depressiven Irresein vor. Eine Abgrenzung von den paranoiden Krankheitsbildern ist möglich wegen des Fehlens eines geordneten Wahnsystems.

Die Unterscheidung, ob es sich bei Depressionen im höheren Alter um manisch-depressives Irresein handelt oder um einen senilen oder arteriosklerotischen Prozeß, kann auf unüberwindliche Schwierigkeiten stoßen. Hier muß die eintretende Demenz die Diagnose klären.

Zusammenfassung: 1. Es gibt keine Wahnidee, die für eine bestimmte Krankheit spezifisch ist. Immerhin legen der Wahn körperlicher geschlechtlicher Art, die Idee der Gedanken- und Willensbeeinflussung den Gedanken an Dementia praecox nahe und der klassische Größenwahn mit den Zeichen der Suggestibilität den der Paralyse.

2. Eifersuchtsideen sind mit Vorliebe eine Begleiterscheinung der alkoholischen und Alterspsychosen.

3. Die Unsinnigkeit und Abenteuerlichkeit der Wahnideen sprechen nicht für eine bestimmte Krankheitsform oder Krankheitsgruppe.

4. Unsinnige, abenteuerliche Größenideen sind ein konstantes Symptom bei allen in Verblödung ausgehenden Krankheitsformen und werden bei Dementia praecox und Paralyse bei eingetretener geistiger Schwäche nie vermißt.

Da in der Literatur keine erschöpfende Untersuchung über die Wahnideen bei manisch-depressivem Irresein sich fand, wurden 100 Fälle, die einwandfrei manisch-depressiv waren, auf ihre Wahnideen untersucht. Von den 100 Fällen sind ²/₃ Frauen. Dem Alter nach sind 59% unter 40 Jahren. Zweimal im Leben erkrankten 21%, drei- bis fünfmal 26%, mehr als fünfmal 15%. Heredität fand sich in 46%. Ein Glied der Familie war krank in 26%, zwei Glieder in 14%, mehr als zwei in 6%. An Wahnideen ergaben sich: Größenideen 20%, Versündigungsideen 37%, Verfolgungsideen 15%, Verarmungs-, Unwert-, nihilistische Ideen 19%, Beziehungsideen 10%, Vergiftungsideen 8%, Wahn körperlicher Beeinflussung 7%, Eifersuchtsideen 3%, keine Wahnideen 8%.



Was den Inhalt der Wahnideen anlangt, so waren in etwa 12% der Fälle unsinnige Wahnideen festzustellen. Unsinnige Größenideen in 5—7%. (Die Prozentzahl ist deshalb weniger präzis, weil es teilweise Ansichtssache ist, ob eine Idee unsinnig ist oder nicht.)

Diskussion. — *Kraepelin*-München begrüßt die Aussicht auf ein Zusammenarbeiten zwischen Kliniken und Anstalten, um so mehr, als es zahlreiche klinische Fragen gibt, die nur auf diese Weise gelöst werden können. Daß die Wahnbildungen nicht kennzeichnend für eine bestimmte Krankheit sein können, wird schon durch ihre große Abhängigkeit von Lebensalter, Geschlecht und Volksart dargetan; sie stehen offenbar weniger mit den eigentlichen Krankheitsursachen, als mit der Eigenart der Erkrankten in Beziehung.

Der Vorsitzende schließt hierauf die Versammlung mit einem Dank an Vortragende, Diskussionsredner und Schriftführer und mit besonderem Dank an Herrn *Prinzing* und seine Mitarbeiter für die treffliche Vorbereitung und Durchführung der Versammlung.

Der Nachmittag vereinigte die Mehrzahl der Teilnehmer zu einem Ausfluge in die Umgebung mit einem Besuche in der Anstalt Irsee.

Mayr-Eglfing.

Bericht über die 44. südwestdeutsche Psychiater-Versammlung am 6. und 7. November 1920 in Karlsruhe.

Anwesend waren die Herren: *Altvater*-Herborn, *Arnsheim*-Heppenheim, *Barbo*-Pforzheim, *Bayerthal*-Worms, *Becker*-Darmstadt, *Braun*-Rüppur, *Bleuler*-Zürich, *Dannemann*-Heppenheim, *Dannenberger*-Goddelau, *Dietz*-Alzey, *End*-Sigmaringen, *Fehr*-Winnenthal, *Max Fischer*-Wiesloch, *Fränkel*-Stuttgart, *Fürer*-Rockenau, *Anna Geheb*-König i. O., *Göring*-Gießen, *Groß*-Emmendingen, *Gruhle*-Heidelberg, *Hauptmann*-Freiburg i.B., *Hegar*-Wiesloch, *Hellpach*-Karlsruhe, *Herzog*-Illenau, *Homburger*-Heidelberg, *Hügel*-Klingenmünster, *Hummel*-Karlsruhe, *F. Kaufmann*-Mannheim, *Kläsi*-Zürich, *Klewe-Nebenius*-Konstanz, *Korn*-Weinsberg, *Küppers*-Freiburg, *Krauß*-Kennenburg, *Landerer*-Göppingen, *Landwehr*-Heidelberg, *Lilienstein*-Nauheim, *Mann*-Mannheim, *Mayer*-Zürich, *Mayer-Groß*-Heidelberg, *Möckel*-Wiesloch, *Müller*-Klingenmünster, *Neumann*-Karlsruhe, *Paulus*-Pforzheim, *Prinzhorn*-Heidelberg, *Reiß*-Tübingen, *Römer*-Konstanz, *Römer*-Hirsau, *Roese*-Goddelau, *Sommer*-Gießen, *Solp*-Zwiefalten, *Skriba*-Gießen, *Steiner*-Heidelberg, *v. Steinrück*-Konstanz, *Thoma*-Illenau, *Tuczek*-Heidelberg, *Tuczek*-Marburg, *Warth*-Karlsruhe, *Weinland*-Schussenried, *Weinland*-Weinsberg, *Wetzel*-Heidelberg, *Wittermann*-Winnental, *Wolff*-Katzenellenbogen.

1. Sitzung am 6. November, 4 Uhr.

Sommer begrüßt als Geschäftsführer die zahlreichen Anwesenden. Die Versammlung sollte nach dem im Jahre 1913 in Karlsruhe gefaßten Beschluß 1914 in Darmstadt stattfinden. Als die Vorbereitungen größtenteils schon getroffen waren, brach der Krieg aus. Während des Krieges und im ersten Jahre nach seinem Schluß konnte die Versammlung nicht stattfinden. Nach Verständigung mit einer Reihe von Mitgliedern wurde sie zunächst nach Karlsruhe an die alte Stelle (Hotel Germania) zurückverlegt. Eine Reihe von Gründen spricht für eine Reorganisation, die am zweiten Tage zur Verhandlung kommen soll. Zu Schriftführern werden *Hauptmann*-Freiburg und *Mayer-Groß*-Heidelberg bestimmt.

Sommer hält darauf sein Referat über „Tierpsychologie und Psychiatrie".

Die Tierpsychologie hängt mit der Geschichte der menschlichen Psychologie untrennbar zusammen und erscheint in den verschiedenen Zeiten gewissermaßen als Schatten der in der Zeit herrschenden psychologischen Theorien. *Sommer* weist dies für das 17. und 18. Jahrhundert an den tierpsychologischen Theorien von Cartesius und Reimarus nach. In dem dualistischen System des ersteren mußten die Tiere, da sich nach seiner Meinung die Substantia cogitans mit der Materia extensa nur in einem kleinen Organ des menschlichen Gehirns berührt, lediglich als mechanische, durch reflektorische Wirkungen in Bewegung gesetzte Maschinen erscheinen. Bei Reimarus herrschte schon im Gegensatz hierzu der entwicklungsgeschichtliche Gedanke, so daß er die Tiere in eine Stufenfolge von Determination einreihte, die in der physikalischen Natur völlig herrscht und durch das Reich der Pflanzen und Tiere allmählich zum freieren Zustand der Menschen aufsteigt. — Von diesem vergleichenden geschichtlichen Standpunkt erscheinen die jetzt vorhandenen tierpsychologischen Theorien als eine Vermischung von einseitigem Rationalismus zum Teil mit telepathischen Ideen über Gedankenübertragung. Es ist notwendig, diese hypothetischen Auffassungen durch eine empirische und wirklich experimentalpsychologische Tierpsychologie zu ersetzen. Dabei muß die experimentelle Erforschung immer auf dem Boden der sorgfältigen Beobachtung erwachsen. Eine genaue Kritik der Personen, die sich mit Tierpsychologie befassen, vom Standpunkt der Berufseignung ist erforderlich. Dabei ist es vollkommen einseitig, das Problem, wie es jetzt oft geschieht, auf einzelne Spezialitäten bei Pferden und Hunden zu beschränken. Eine umfassende, vergleichende Tierpsychologie mit Bezug auf die empirische Psychologie beim Menschen muß gefordert werden. *Sommer* geht dann auf die Untersuchung des Anfangsunterrichtes bei einem Pferde durch Herrn *Krall* ein und stellt den Grundsatz auf, daß zur Beurteilung der Leistungen unbedingt die sämtlichen vorangegangenen Übungen festgelegt werden müssen. Er verweist dabei auf



seinen in den Fortschritten der Psychologie von *Marbe* im III. Band, Heft 3 erschienenen Bericht. In diesem ist die Methode des Unterrichtes genau beschrieben. Das Wesentliche besteht darin, daß *Krall* bei dem Tier bestimmte optische Zeichen mit Bewegungsreihen, die von *Krall* oder einem Helfer im richtigen Moment passiv gebremst werden, zu verknüpfen sucht. Die Erfahrung bei bestimmten Arten von geistiger Störung, besonders angeborenem Schwachsinn, beweisen, daß eine solche Verknüpfung von optisch-motorischen Reihen bei hochgradigem Mangel an begrifflichem Denken eintreten kann. *Sommer* hat die sämtlichen von *Krall* ihm gebotenen Aufgaben notiert und festgestellt, daß diese in regelmäßiger Weise präformiert sind, so daß zweistellige Zahlen herauskommen. Nach mathematischen Regeln stehen die Anfangs- und Endzahlen bei bestimmten Wurzelaufgaben zu den genannten Reihen in gesetzmäßiger Beziehung. Es handelt sich um das Grundproblem, wieweit bestimmte optische Zeichen auch komplizierterer Art bei dem Tier mit bestimmten Bewegungsreihen verbunden werden können. — *Sommers* eigene Erfahrungen beruhen 1. auf langjährigen Beobachtungen in zoologischen Gärten und auf sonstigen Untersuchungen an einer Reihe von Tierarten, 2. auf dem genauen Studium eines vor 2 Jahren bei dem Rückzug der Truppen erworbenen Pferdes. Dieses wurde möglichst in Freiheit gelassen, nie im Stall angebunden und am Tage auf einem Gartengelände freigelassen, so daß es bei jeder Gelegenheit beobachtet werden konnte. Dazu gesellten sich lange Beobachtungen beim Reiten und Fahren. An- und Ausschirren sowie alle sonstigen Manipulationen an dem Tier wurden von dem Beobachter selbst besorgt. Die lange Beobachtung ergibt, daß bei dem Tier optische Erinnerungen mit bestimmten Bewegungen beim Fahren in einer geradezu außerordentlichen Weise verknüpft erscheinen, so daß das Tier auf Grund optisch-motorischer Erinnerungsketten einmal gegangene Wege wiederfindet. *Sommer* erklärt diese Determiniertheit bei der reproduktiven Assoziation für das Grundphänomen in dem psychischen Verhalten des Tieres und hat die Erscheinung auch bei anderen Tierarten wiederholt beobachtet. In dieser vollkommen überwiegenden reproduktiven Assoziation gegenüber den vielfältigen Möglichkeiten der menschlichen Assoziation findet *Sommer* den wesentlichen Unterschied und eigentlichen Grund des Wiederfindens von Wegen und ähnlichen Erscheinungen. Im Gegensatz dazu zeigt das Tier häufig eine vollständige Ratlosigkeit neuen Aufgaben gegenüber, wobei es ganz sinnlos erscheint. *Sommer* verlangt daher, daß die reproduktive Assoziation von der beim Menschen neben der reproduktiven auftretenden mannigfaltigen Assoziation scharf getrennt wird, damit der charakteristische Unterschied hervortritt. *Sommer* fand ferner wiederum, im starken Gegensatz zu der Ratlosigkeit, bei dem Tier den Beginn einer primitiven Verwendung von Instrumenten, z. B. der leicht beweglichen Deichsel mit Hilfe des Kopfes zum Kratzen hinter dem Ohr. Das Pferd hat nicht nur eine klare Lage-



vorstellung von seinem eigenen Körper, sondern auch von der Lage der Deichsel und der relativen Stellung des Körpers zu dieser. Bemerkenswert ist häufig die Verwendung des Schwanzes und Kopfes zu ganz feinen zweckmäßigen Bewegungen. — Ferner hebt *Sommer* hervor, daß bei dem Tier 1. bestimmte Reize in vollständig determinierter Weise mit bestimmten Bewegungen verknüpft sind, so daß dasselbe bei Berührung bestimmter Stellen, z. B. beim Anschirren, immer wieder zu beißen versucht. Dabei genügt schon die leiseste Andeutung des Reizes, z. B. eine ganz minimale Bewegung in der Richtung der empfindlichen Stelle, um die ganze Kette von Bewegungen auszulösen. *Sommer* bezeichnet diese allmähliche und weitgehende Abschwächung des Reizes bis zu einer kaum merklichen Geste als eine Art von Symbolistik, die vollkommen frei von Begriffen ist, aber komplexauslösend wirkt und dadurch die gleichen motorischen Erscheinungen hervorruft, als wenn der vollständige Reiz vorhanden wäre. Hierin liegt die Erklärung für eine große Menge von Erscheinungen bei der Tierdressur, wobei minimale Andeutungen von ursprünglich gegebenen Reizen genügen, um sehr verwickelte Bewegungsvorgänge bei den Tieren auszulösen.

Von großer Bedeutung ist die Erscheinung der psychisch bedingten Reflexhemmung. Man kann beobachten, daß bestimmte Vorgänge, die als einfacher psychischer Reflex ablaufen, durch Einstellung auf bestimmte Akte bei dem Tier gebremst werden. Während z. B. ein Pferd für gewöhnlich unter bestimmten Umständen durch Bewegungen der Ohren oder durch Wiehern reagiert, bleiben diese Bewegungen aus, wenn das Tier mit Fressen beschäftigt ist. Dieses verhält sich dann vollkommen seelentaub. Für die Untersuchung der Reflexhemmung sind die Vorgänge bei der Flohdressur von Interesse.

Von großer Wichtigkeit für die ganze Tierpsychologie sind *Pawlows* Untersuchungen über die Reaktion auf Geschmacksreize, die mit heterogenen Reizen z. B. akustischer Art, kombiniert werden. Läßt man aus diesem Komplex von Reizen den ursprünglichen Geschmacksreiz weg, so kommt doch die gleiche Reaktion, als wenn letzterer mit vorhanden wäre. Man kann also bei den Tieren aus Reizkomplexen Teile weglassen, ohne daß die Wirkung geschädigt wird. Dies ist für die Verbindungen von komplizierten optischen Reizen mit Bewegungsvorgängen bei Pferden (z. B. Klopfen mit den Füßen) von größter Bedeutung, weil nach Analogie der *Pawlow*schen Untersuchungen die Möglichkeit vorliegt, daß auch bei teilweiser Weglassung des ursprünglichen optischen Reizkomplexes die gleiche Wirkung erfolgt. Optische Komplexe, die bei der menschlichen Art der Auffassung als Reihen von Zeichen verstanden werden, wirken bei dem Pferd als simultane optische Reize. Hierin liegt wahrscheinlich der Schlüssel für eine Reihe von Erscheinungen, die ihrer wahren Natur nach in das Gebiet der reproduzierenden Assoziation nach teilweiser Darbietung der ursprünglichen Reizkom-



plexe fallen. Bei den *Krall*schen Versuchen muß unbedingt in allen Fällen klargestellt werden, in welcher Form die Reize den Tieren ursprünglich geboten worden sind.

Von wesentlicher Bedeutung für die Psychologie, besonders des Pferdes, sind die Erscheinungen der Angst mit ihrer Einwirkung auf die motorischen Apparate. Dabei hat *Sommer* oft beobachtet, daß die Angstwirkung nicht von der Intensität der äußeren Reize, z. B. eines an der Seite vorbeifahrenden Eisenbahnzuges abhängt, sondern von der Bewegungsrichtung des letzteren. Fährt dieser an dem Pferd vorbei in der Richtung nach vorn, so bleibt es ruhig. Biegt man jedoch in dem Moment, in dem ein Zug neben der Fahrstraße dem Pferd entgegenkommt, nach der Seite ab, so rast das Pferd mit den Erscheinungen der höchsten Angst mit dem Wagen sogar bergauf, offenbar unter Herrschaft der Vorstellung, daß der Zug hinter ihm herkommt. Ebenso ist bei sonstigem Auftreten der Angst ein Vorstellungsmoment unverkennbar. An entgegenkommende Autos hat sich das von *Sommer* beobachtete Pferd vollkommen gewöhnt, während es z. B. vor kleinen am Wege stehenden Gerätschaften, z. B. Straßenwalze, Kinderwagen und anderen Gegenständen, ferner vor Pfützen, Papierblättern usw. auf der Straße scheut. Es ist erwiesen, daß es sich bei der Angst dieses Tieres nicht nur um Reaktionen auf plötzliche Eindrücke, sondern um Vorstellungen handelt, die sich oft an scheinbar geringfügige Gegenstände anknüpfen. In dieser Art von Erscheinungen liegt der Grund der in der menschlichen Psychopathologie auftretenden, durch Vorstellungen bedingten Angst vor.

Ferner gehen durch die ganze Tierreihe eine Reihe von Erscheinungen, die eine psychophysiologische Beziehung zu den katatonischen Störungen beim Menschen haben. Bei vielen Tieren, z. B. bei den Krokodilen, finden sich starre Haltungen von ausgeprägt psychomotorischem Charakter, welche eine verblüffende Ähnlichkeit mit katatonischen Perseverationen haben.

Zusammenfassend stellt *Sommer* die Beziehung zwischen Tierpsychologie und Psychiatrie in dem Sinne dar, daß drei psychopathologische Grundsymptome, nämlich die psychogen ausgelösten Komplexe sowie die Angstvorstellungen und die katatonischen Haltungen ihre Wurzel in der Normalpsychologie besonders der Säugetiergruppe haben, während zwei andere psychopathologische Grundsymptome, nämlich die Verwirrtheit und der Krampf mit der Psychopathologie dieser Tiergruppe zusammenhängen. Geht man weiter zurück, so erscheinen auch die letztgenannten Grundsymptome im Hinblick auf niedere Tiergattungen als zur normalen Tierpsychologie gehörig. *Sommer* findet also die Wurzel einer Reihe von psychopathologischen Grundsymptomen einerseits in der Normalpsychologie der Tiere, andererseits in der Psychopathologie der Tiere. Er fordert eine allgemeine, psychologische und psychopathologische Symptomenlehre auf dem Boden der vergleichenden Biologie.



Diskussion. — *Neumann*-Baden-Baden: Neben dem „klugen Hans“ und den Elberfelder Pferden wurden auch noch eine Anzahl Hunde in der von *Krall* und *von der Osten* angegebenen Weise „unterrichtet“. Diese Tiere klopfen auf einen von den Versuchsleitern hingehaltenen Pappdeckel oder in die Hand der mit ihnen „arbeitenden“ Person diejenige Anzahl von Klopfschlägen, die für die in Frage kommenden Buchstaben jeweils nötig sind. Dabei ergab es sich — wie die Mannheimer und ihre Jünger mitteilen —, daß der Hund Rolf imstande war, seine Autobiographie zu schreiben, Gedichte zu machen, einen ausgedehnten Briefwechsel mit Menschen und Hunden zu unterhalten usw. usw. Überboten wurden seine Leistungen noch durch die seiner Tochter Lola, deren Werdegang kürzlich in einem ausführlichen Buche dargelegt wurde. Lola lernte in 10—15 Stunden das Lehrpensum, das unsere Kinder in einigen Jahren zu bewältigen haben; dabei ging der Unterricht infolge Zeitmangels der Lehrerin oft sozusagen nur brieflich vor sich. Das Tier spricht von gebrochenen Eiden und von wiederherzustellender Ehre. Seine „Denkleistungen“ unterscheiden sich in nichts von denen der Menschen. — Die Angelegenheit Rolf wurde von mir durch Vexierversuche, die ich seinerzeit mehrfach anstellte, und bei denen die Versuchsleiterinnen regelmäßig in die von mir gestellten Fallen plumpsten, als autosuggestiver Schwindel entlarvt. Bei Lola sind wohl ähnliche Dinge im Spiele. Auch Bewußtseinsspaltungen bei den Versuchsleitern mit interessanten Automatismen scheinen hier in Frage zu kommen, wobei der Hund die gleiche Rolle spielt wie der klopfende Tisch der Spiritisten oder der schreibende Griffel beim automatischen Schreiben. — Tierpsychologie soll nur der treiben, der sowohl experimentell-psychologisch, als auch rein psychologisch und philosophisch geschult ist. Es ist verkehrt, die psychischen Äußerungen der Tiere dem menschlichen Geiste gleichzusetzen. Hier sind tiefe, unüberbrückbare Unterschiede vorhanden, und es scheint vorläufig ebenso vergeblich, nach den „Quellen des Geistes“ zu suchen wie nach den Quellen des Lebens.

Hellpach-Karlsruhe erinnert an *Edinger*s Auffassung, welche die psychische Verknüpfungsleistung des paläenzephalen Gehirns als Relation von der (höheren) Assoziation schied. *H.* stellt die Frage auf, ob das Finden eines Rückweges nach einmaligem Hinweg durch ein Tier wirklich als einläufige Relation ohne die Fähigkeit, das Assoziierte zu variieren, erklärbar sei.

Bleuler-Burghölzli: Es liegt im Prinzip des Orientierungsvorganges, daß die bei einer Lokalveränderung erworbene Engrammreihe auch in umgekehrter Reihenfolge benutzt werden kann, sonst würden die Tiere den Rückweg zum Nest nicht finden. Besonders durchsichtig sind die Verhältnisse z. B. bei den Ameisen, die sich vermittelst ihres topochemischen Sinnes orientieren.

Tuczek-Marburg begrüßt in der *Sommer*schen Arbeitsrichtung die Eliminierung der anthropomorphischen Denkrichtung in der Tierpsycho-



logie und die Betonung der gattungsmäßigen Anpassung der psychologischen Leistungen in der Tierreihe. Daß daneben auch Ansätze zu individueller Anpassung (Lernfähigkeit) vorliegen, bestätigen seine sowie *Köhlers* Beobachtungen. Der Begriff der reproduktiven Assoziation trifft wohl auch das Zugvogelproblem. Die Ratlosigkeit neuen Aufgaben gegenüber läßt sich schön bei angepflockten Ziegen beobachten, die mit der Leine sich um einen Baumstamm verwickelt haben. Die Angst des Pferdes vor einer imaginären drohenden Gefahr möchte *T.* mit noch psychologischen Vorgängen beim Menschen in Analogie setzen.

Sommer geht auf die Bemerkungen von *Hellpach* ein und erklärt dessen Fragestellung für berechtigt. Es liegt scheinbar ein wesentlicher Unterschied vor, wenn ein Tier, z. B. Pferd oder Rind, einen einmal gegangenen Weg in der gleichen Richtung wiederfindet oder wenn es diesen in umgekehrter Richtung ausführt. *Sommer* weist zur Erklärung darauf hin, daß im Gegensatz zum Menschen die genannten Tiere ein weiter nach rückwärts reichendes Gesichtsfeld haben und daher viel umfassendere optische Erinnerungen beim Weg nach rückwärts haben als die Menschen. Andererseits ist die Umkehrung der motorischen Reihen sehr zu beachten. Nach *Sommers* Auffassung wird bei jeder Bewegung eine Gegenbewegung keimartig mit ausgelöst, so daß andauernd ein psychischer Antagonismus, ähnlich wie bei der Innervation der Muskeln, vorhanden ist. Ähnliches läßt sich bei der Innervation der rechten und linken Hand, z. B. beim Schreiben mit der rechten und Ausführung gleichzeitiger Spiegelbildbewegung an der linken, beobachten. Diese Grunderscheinung hat nach *Sommer* eine Bedeutung bei der Erklärung der rückwärts gerichteten Innervationsreihen bei der reproduzierenden Assoziation der Tiere. Damit decken sich auch im wesentlichen die Bemerkungen von *Bleuler*. Von seiten des Herrn *Tuczek*-Marburg liegt eine irrtümliche Auffassung vor, da in dem Vortrag von *Sommer* die Angst bei den Tieren, besonders beim Pferd, nicht als etwas Pathologisches, sondern im Gegenteil als etwas Normalpsychologisches bezeichnet wurde, was für die Selbsterhaltung des Pferdes durch die Einwirkung auf die Muskelapparate biologisch von größter Bedeutung ist. *Sommer* hat in seinem Vortrag bei der Ableitung psychopathischer Symptome aus der Tierpsychologie die Angstvorstellungen gerade aus einem normalpsychologischen Element bei den Tieren hergeleitet.

Vorträge. — *W. Mayer-Groß*-Heidelberg: Über die Stellungnahme zur abgelaufenen akuten Psychose.

Von einer kurzen, grundsätzlichen Rechtfertigung psychologischer Betrachtungsweise im Schizophreniegebiet unter Hinweis auf die Ergebnislosigkeit des bisherigen Wartens auf eine somatische Lösung ausgehend, werden als ein Teilproblem des Themas bestimmte Fälle gekennzeichnet, bei denen die Alternative: „Einsicht oder Einsichtlosigkeit“ nicht ausreicht, um die Stellungnahme zu einem abgelaufenen Erkrankungsschub

zu charakterisieren. Weder die Annahme einer intellektuellen Schwäche, noch die Feststellung eines sogenannten Residualwahns, noch das Schlagwort von der „Veränderung der Persönlichkeit“ sind geeignet, den Sachverhalt zu klären und verständlich zu machen. Da die meisten Schizophrenen die Erlebnisse der akuten Erkrankung nicht als Krankheit, sondern als ein Schicksal wie andere in ihren bisherigen Erfahrungsbestand einzureihen bestrebt sind, ist der Versuch gerechtfertigt, ihr Verhalten nach dem Schub mit dem des Gesunden nach einem tief einschneidenden Erlebnis zu analogisieren. — An Beispielen aus der normalen Psychologie läßt sich zeigen, daß das Fehlen einer objektiven Stellungnahme zu einem vergangenen Erlebnis bedingt ist durch Nachwirkungen besonderer Art, die von dem Erlebnis ausgehen; diese emotionalen Nachwirkungen haben wiederum ihre verständliche Wurzel in einem Beständteil der Persönlichkeit, der als das sachliche Kontinuum des Selbst das Maß darstellt, nach dem die Vergangenheit der Individualität von ihr selbst gedeutet und ihre Zukunft entworfen wird. Es handelt sich um einen Kreis von Werten, die Bedingung der Existenz des Individuums als solchen sind: die Existenzwerte. Was an sie rührt, sie verletzt, ändert, mehrt, sind die Erlebnisse, denen jene Nachwirkungen folgen. Ihnen ist eine Tendenz zur Kontinuität besonderer Art eigen, die als eine unendliche, nie ganz erfüllte Aufgabe für die Formen der Nachwirkung bestimmend wird. — Der Erfüllung dieser Aufgabe kommt die Einschmelzung am nächsten, bei der auch Fremdartiges dem vorhandenen Wertekreis amalgamiert wird, ohne daß es ihn zu erschüttern vermag. Ihr entspricht als entgegengesetztes Extrem die Verzweiflung, die aus der völligen Zerstörung der Existenzwerte durch das Schicksal entsteht und ein Weiterexistieren unmöglich macht. — Zwischen diesen beiden äußersten Möglichkeiten läßt die Forderung der Kontinuität drei Formen der Nachwirkung entstehen: Entweder wird, nachdem einmal die Existenzwerte erschüttert sind, die Brücke nach rückwärts völlig abgebrochen; ganz von vorne wird nach der Psychose begonnen — ein „neues Leben“, als ob zuvor kein Kontinuum bestanden hätte. Hierher gehören u. a. jene Fälle, wo eine kleine Tätigkeit in beschränktem Kreis einem zuvor mit großen Zielen erfüllten Menschen zu genügen scheint; erst wenn man auf die Zeit vor der Psychose und die Krankheit selbst zu sprechen kommt, merkt man an Reproduktionswiderständen und Ausdruckbewegungen, wo der Schwerpunkt seiner Existenz liegt, und daß das „neue Leben“ nur ein schattenhaftes Scheindasein ist. — Die zweite Spielart bedient sich der Fiktion, als ob die Kontinuität überhaupt nicht unterbrochen wäre. Das Erlebnis wird scheinbar in seiner Tragweite gar nicht anerkannt, mit allen äußeren Mitteln wird die Fortsetzung der Existenz vor dem Schub versucht, die, tiefer gesehen, gar nicht fortgesetzt werden kann. Es wird versucht, die Psychose aus der Gesamtheit des seelischen Ablaufs auszuscheiden. Wenn man die Rede auf die Psychose bringt und sie



in ihren Einzelheiten bespricht, zeigt es sich, daß die Erkrankung wie etwas völlig Fremdartiges in die scheinbar ungebrochene Kontinuität eingesprengt ist, aber nicht als gleichgültig und abgetan, sondern unzugänglich einer unbefangenen Betrachtung und einer objektiven Stellungnahme. Bei einer dritten Nachwirkungsform endlich wird, wie bei der ersten, die Psychose der Ausgangspunkt zu einer neuen Existenz, aber nicht, wie dort, wird sie selbst und alles vor ihr fluchtartig im Stiche gelassen, sondern das, was in der Krankheit erlebt wurde, wird zur Keimzelle eines neuen Weltbildes, dem das Leben in der Zeit vor der Erkrankung als Irrweg gegenübergestellt wird. Die Vorzeichen der Werte werden vertauscht, ein Vorgang, der dem, was die Religionspsychologen als Bekehrung beschrieben haben, nahekommt. — Die Aufstellung dieser Typen ergab sich bei der Durchsicht eines größeren Materials gelegentlich von Katamnesen und Nachuntersuchungen von Rentenempfängern. Doch fanden sich auch Schizophrene ohne jede Nachwirkung mit objektiver Stellungnahme, so daß bei diagnostischen Folgerungen Vorsicht geboten ist. Das Ziel der Untersuchung ist auch zunächst nur psychologische Klärung und Ordnung. (Die Arbeit erscheint ausführlich in der Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.)

Diskussion. — *Homburger*-Heidelberg: Die von dem Vortragenden hervorgehobenen Existenzwerte haben eine sehr weittragende, über den hier angezogenen Bereich hinausreichende Bedeutung. In Vorlesungen über die Psychopathologie des Kindesalters habe ich schon seit längerer Zeit darauf hingewiesen, daß das Verständnis der kindlichen Konflikte, ihrer Entstehung und ihrer Tragweite im kindlichen Seelenleben und für später, ausgehen muß von der Auffassung, daß in den Konflikten die Verteidigung bestrittener Werte das Wesentliche ist. Es handelt sich dabei hauptsächlich um Selbsterhaltung, Selbstschutz, Selbstbehauptung, Selbstbestimmung, Selbstgefühl, Selbstbewußtsein, Selbstbesinnung, Selbstbeschränkung, Selbstachtung, Selbsterziehung, Selbständigkeit, Selbstverantwortung, die sich im Laufe der Kindheit entsprechend der verschiedenen Anlage und den äußeren Einwirkungen zu verschiedenen Zeiten als wertbetonte seelische Gebilde, Strebungen, Gefühle, Stellungnahmen, Anschauungen herausbilden und gegenüber anderen Wertklassen Vorzugstellung einnehmen. Charakter- und Persönlichkeitsentwicklung können ohne Berücksichtigung dieses Systems von Werten überhaupt nicht verstanden werden. Insbesondere können Konflikte beim Kinde nur entstehen, wo Werte bereits erworben wurden, bestritten und als bestritten erlebt und mit den Mitteln, die dem Kinde zur Verfügung stehen, verteidigt werden. Die Stärke der Wertbetonung und des Angriffserlebnisses, die Wehrhaftigkeit oder Wehrlosigkeit des Kindes bestimmen Ablauf und Ausgang des Konfliktes. Das Ganze des Konfliktes, sein Anlaß, sein Wertbereich, sein Ablauf, seine Entscheidung, die Häufigkeit, Gleich- oder



Vielartigkeit, die Schwere der Konflikte beeinflussen die Persönlichkeitsentwicklung nachhaltig. Das Selbst, auf welches diese Klasse von Werten sich bezieht, ist eben das Zentrum der Persönlichkeit, als einer ihrer besonderen Eigenart, ihres in sich geschlossenen Soseins sich bewußten Individualität, im Gegensatz zum Ich, das sich seiner einfach als Träger seelischer Vorgänge bewußt ist.

Sommer-Gießen weist darauf hin, daß die Untersuchung der Vorstellungskomplexe und der Reaktionstypen auf dem Boden der experimentellen Psychologie und Familienforschung erwachsen ist. Die Wiener Schule hat das Verdienst, eine bestimmte Gruppe von Vorstellungskomplexen, nämlich die sexuellen, besonders hervorgehoben zu haben. Andererseits darf man sich nicht nur auf diese Gruppe von Komplexen beschränken, sondern muß das Problem in umfassender Weise behandeln. Von diesem Gesichtspunkt hat die Einschränkung auf die Sexualkomplexe in einer Reihe von Punkten geradezu hemmend gewirkt. *Sommer* weist besonders auf die Untersuchung der subjektiv präformierten Reaktionen bei den Assoziationsexperimenten hin.

Fränkel-Stuttgart: Über die psychiatrische Bedeutung der Erkrankungen der subkortikalen Ganglien.

In demselben Jahr, in dem *Edinger* unsere Unkenntnis über die Funktionen des Corpus striatum als Beweis für die Unzulänglichkeit unserer Beobachtungsfähigkeit hinstellte, erschien *Wilsons* Monographie über die progressive, lentikuläre Degeneration. Das große Material, das seitdem über die extrapyramidalen Bewegungstörungen sich angesammelt hat, hat fast ausschließlich das Interesse der Neurologen erregt und die Erkenntnis, damit aber zugleich die Problematik hirnphysiologischer Fragen erhöht; und doch bieten diese Erkrankungen auch in psychiatrischer Hinsicht sehr wichtige Anregungen. Schon *Edinger* betont, daß wahrscheinlich ein gutes Teil von dem, was man kurz als Spontaneität der Bewegung bezeichnet, durch das Striatum vermittelt wird, d. h. also, daß gerade ein psychischer Teil des Bewegungsvorganges an die Funktion dieses Hirnteils geknüpft ist. In der Tat ergibt die Durchsicht der Kasuistik über die *Wilson*sche Krankheit und der damit identischen Pseudosklerose, daß in weitaus der meisten Zahl der Krankheitsfälle schwere psychische Störungen verzeichnet werden, wenn auch das seelische Moment nur ungenau und summarisch berücksichtigt ist. Eine der besten und genauesten Schilderungen findet sich bei dem Entdecker der Pseudosklerose *C. Westphal*. Hier werden von dem früher gesunden Patienten schwere Wutanfälle berichtet, bei denen er laut schrie und brüllte, mitunter auch gewalttätig wurde, so daß er isoliert werden mußte. Daneben traten traumhafte Zustände auf, in denen der Kranke keine Nahrung zu sich nimmt, unreinlich ist und nach deren Abklingen er über eigenartige Sensationen klagt, er habe so ein putziges Gefühl gehabt, es sei ihm gewesen,



als ob ihm die Knochen entzweigebrochen wären. In der weiteren Beobachtung wechselt Besserung und Verschlimmerung des Zustandes, es kam mitunter zu Illusionen und Halluzinationen, schließlich nahm die Reizbarkeit einen chronischen Charakter an. Ein Jahr vor seinem Tode verzeichnet die Krankengeschichte wieder Anfälle heftiger, Wut er ist äußerst reizbar, zum Teil sicher auf Grund von Gehörsillusionen oder Halluzinationen; zu anderen Zeiten friedlich heiterer Stimmung, wobei er gutes Gedächtnis, richtiges Urteil über Ort und Zeit aufwies. Geringer sind die seelischen Erscheinungen in dem anderen *Westphal*schen Fall. Es handelt sich dort um eine intellektuelle Schwäche, ohne daß Sinnestäuschungen beobachtet wurden, aber *Westphal* schreibt, daß diese intellektuelle Schwäche Eigentümlichkeiten zeigte. Bei auffallendem Mangel aller Spontaneität und gleichbleibender Indifferenz der Gemütslage war die Auffassung und das Verständnis relativ gut, ferner erwähnt er eine Art Beharrungsvermögen für gleichgültige Phrasen, wie bei einem Aphasischen. Ähnliche Krankheitsbilder finden sich angedeutet auch in Fällen von *Strümpell* und anderen. Auch *Fleischers* Kranke waren psychisch stark alteriert und in ihrem Verhalten durchaus ähnlich den Katatonikern. *Wilson* selbst warnt vor Unterschätzung des psychischen Faktors und sieht in einer gewissen Fügsamkeit, Leichtigkeit, Kindlichkeit, Euphorie, erhöhter Reizbarkeit das Charakteristische, bei seinen Kranken kam es nicht zur Demenz, die jedoch in anderen Fällen (*Maas* u. a.) vorhanden ist. Auch die anderen Typen der Erkrankungen der Basalganglien (Athetose double, Torsionsspasmus, Pseudobulbärparalyse, Formen der Chorea) zeigen seelische Auffälligkeiten. Sehr instruktiv sind in psychiatrischer Hinsicht die berichteten Fälle von Paralysis agitans sine agitatione, so der Fall von *Helene Deutsch* (schwerer Stupor nach Erdroßlungsversuch), ebenso berichtet *Bauser* von einem 19 jährigen, der sich aus Spielerei erhängte und bei dem sich ein Zustand von Apathie ausbildete. Auch das Korsakoff-Syndrom bei derartigen Traumen (*E. Meyer*) ist begleitet von Spannungszuständen in der Muskulatur und den bei lentikulären Erkrankungen so häufigen Sprachstörungen. Sehr wesentlich erscheint die an dem Material des Bürgerhospitals festgestellte Neigung zu Perseverationen im Assoziationsversuch, besonders im Beginn der *Wilson*schen Krankheit bei völlig erhaltener Intelligenz und ohne daß Zeichen geistiger Verarmung feststellbar sind. — Auf der anderen Seite sind die körperlichen Begleitsymptome der Katatonie denen der striären Erkrankungen durchaus analog. Hier wie dort kommt es zur Alteration des Vasomotoriums (Schweißausbrüchen), splanchnischen Erscheinungen, epileptiformen Anfällen, und besonders die Bewegungsstörung, die Spannungszustände und die hyperkinetischen Erscheinungen, die beobachtet werden in den katatonen Fällen der Schizophrenie (athetoseartige Bewegungen, Grimassieren, Schnauzkrampf usw.), weisen mehr auf eine körperliche Grundlage hin, als auf die Wahrscheinlichkeit einer psychologischen Ausdeutung. Selbst

die Pupillenstörungen, die Blaseninkontinenz könnten anatomisch sich eher erklären lassen. — *Kleist* hat die psychomotorischen Bewegungsstörungen der Geisteskanken, sowohl die akinetischen wie die hyperkinetischen, aufgefaßt als Folge einer Störung im Stirnhirn-Kleinhirnsystem. Er sieht, besonders in den schweren Fällen psychomotorischer Apraxie und Aphasie, die Stirnhirnrinde als den Sitz der Krankheit an, wenn er auch gelegentlich die Mitbeteiligung der subkortikalen Ganglien erwähnt. Nun führen, abgesehen von den klinischen, gerade psychologische Erwägungen dazu, nicht die Rinde, sondern die grauen Kerne für die körperlichen wie auch die psychischen Störungen verantwortlich zu machen, nämlich wenn man, wie es besonders *Berze* tut, gerade den intentionalen Faktor berücksichtigt und die Erscheinungen des Ausfalls des Antriebes zur Bewegung ebenso wie die einer gesteigerten Affektivität bzw. einer Affektverblödung als Zeichen einer Insuffizienz der psychischen Aktivität ausdeutet. *Berze* nimmt an, daß möglicherweise der Thalamus opticus das Organ ist, von dem aus eine Regulierung intentionaler Akte erfolge. So führen klinische und psychologische Erwägungen dazu, die psychiatrische Beobachtung von Fällen mit Basalganglienerkrankung besonders zu fordern, zumal auch sonst symptomatische Psychosen, wie wir sie z. B. bei der Enzephalitisepidemie erlebt haben, wie sie bei Kohlenoxydvergiftungen beobachtet werden, für eine besondere Empfänglichkeit dieser Hirnteile gegen toxische Einflüsse spricht. (Eine ausführliche Mitteilung der hier nur andeutungsweise gegebenen Gedankengänge und des Beobachtungsmaterials wird in Kürze erfolgen.)

Diskussion. — *Hauptmann*-Freiburg: Man darf bei der Zurückführung der psychischen Störungen auf das Corpus striatum nicht außer acht lassen, daß genaue (*Spielmeyer*) histologische Untersuchungen in Fällen von Wilson und Pseudosklerose auch weitgehende, der striären Erkrankung zum Teil analoge Prozesse in der Hirnrinde aufgedeckt haben. Zur Entscheidung der Frage, ob eine Veränderung des Corpus striatum psychische Störungen schafft, sind also Fälle von Wilson und Pseudosklerose allein nicht ausreichend. — Ein Mangel an Spontaneität braucht nicht immer rein als primäre, psychische Störung aufgefaßt zu werden, er kann vielmehr nur dadurch zustande kommen, daß die Patienten infolge der durch den Hypertonus bedingten Bewegungserschwerung absichtlich zurückhaltender sind. Die Störung sitzt also dann gewissermaßen nicht zentral, sondern peripher. *H.* konnte diesen Mechanismus an einem geistig hochstehenden (Student) und sehr genau über sich Auskunft gebenden Patienten studieren, der nach einer Grippeenzephalitis die Erscheinungen einer Lentikularaffektion bot, und, abgesehen von der rein äußeren Erscheinung, hinsichtlich der psychischen Vorgänge keineswegs einen Mangel an Spontaneität zeigte.

Sommer-Gießen betont die Besonderheiten des Katatonieproblems, die durch die Einreihung der Katatonie in den unitarischen Begriff der



Dementia praecox mehr verdeckt als geklärt werden. Es handelt sich psychophysiologisch um die Frage, wie psychomotorisch veranlaßte Haltungen und Bewegungen zu unwillkürlichen Spannungen und automatischen Bewegungsreihen werden können. Die Katatonie kann nur bei zusammenfassender Vergleichung der Symptome mit den Muskelspannungen bei Enzephalitis nach Grippe, ferner bei der tonischen Form der Paralysis agitans sowie bei multipler Sklerose und anderen Muskelspannungskrankheiten begriffen werden. Es ist jedoch durchaus falsch, aus dem Übergang von psychomotorischen Spannungen in unwillkürliche Haltungen und Bewegungsreihen auf den organischen Charakter der Katatonie zu schließen. Das physiologische Tertium comparationis liegt in der Lokalisation der zerebral bedingten Symptome, sie kann im medizinischen Sinne funktionell oder organisch sein. Hierbei haben die großen Ganglien der Großhirnhemisphären sehr wahrscheinlich eine ausschlaggebende Bedeutung.

Fränkel (Schlußwort): Wenn von Herrn *Hauptmann* darauf hingewiesen wird, daß anatomische Untersuchungen in einigen Fällen die Beteiligung der Hirnrinde nachwiesen, so stehen dem eine Reihe anderer, besonders frischer Erkrankungen gegenüber, bei denen keine Rindenerkrankung festgestellt werden konnte. Möglicherweise ist auch die Beteiligung der Rinde als eine sekundäre aufzufassen, etwa in dem Sinne, daß die Mitaffektion der innersekretorischen Organe, wie man sie bei Wilsonscher Erkrankung und bei der Katatonie nachgewiesen hat, zu dem von *Fauser* so bezeichneten Metaprozeß führen, d. h. daß die durch die Dysfunktion der Drüsen entstandenen Fermente ihrerseits wieder eine Schädigung der Gehirnteile bedingen. Daß der Ausfall an Spontaneität nicht allein durch den Spannungszustand der Muskulatur erklärt werden kann, wie *Hauptmann* es meint, zeigen die Fälle von Apathie ohne besonderen Rigor. Im übrigen könne, wie *Kretschmer* schon hervorgehoben hat, in seiner Studie über die Willensapparate der Hysterischen, das körperliche und das seelische Moment hierbei nicht getrennt werden, vielmehr scheint es dem Ref., daß gerade diese Krankheitserscheinungen bei der Pseudosklerose auf der einen, bei der Katatonie auf der anderen Seite die enge Verknüpfung der beiden Faktoren beweisen.

Prinzhorn-Heidelberg: Bildnerei der Geisteskranken.

Aus der Bildersammlung der Psychiatrischen Klinik Heidelberg, die inzwischen auf über 400 Fälle mit mehr als 4500 Nummern angewachsen ist, wird ein besonders ergiebiger Fall zusammenhängend dargestellt. Es soll auf diese Weise gezeigt werden, was man durch besonnene Analyse der Bildwerke erschließen kann, und wie sich eine solche Auswertung des anschaulich Gegebenen mit Anamnese und Exploration zu dem Gesamtbild einer schizophrenen Persönlichkeit zusammenfügt. Es handelt sich um einen jetzt 50 jährigen Maurer, der 1906 wegen einer akuten, hallu-



zinatorischen Psychose in die Anstalt übergeführt wurde, die sich in typischem Verlauf zu einer paranoiden Demenz entwickelte. In den letzten Jahren knetete er zuerst meist obszöne Figuren aus Brot und begann dann ähnliche aus Holz zu schnitzen. Von diesen Schnitzereien (teils Reliefs, teils volle Figuren) wird eine Anzahl in 24 Lichtbildern vorgeführt und erläutert. Dabei werden einerseits die überraschenden plastischen und kompositorischen Qualitäten der Werke hervorgehoben und Ausblicke auf die Kunst früher Kulturen angedeutet, andererseits wird der Zusammenhang zwischen den Motiven dieser Schnitzereien und den psychotischen Erlebnissen entwickelt. Das schizophrene Primärerlebnis konnte in diesem Falle durch eine von den Schnitzereien ausgehende Exploration zutage gefördert werden. — Die Motive der Bildwerke stammen größtenteils aus der erotischen und der religiösen Sphäre, häufig in plumper Mischung der beiden, indem z. B. Christus wiederholt als Zwitter dargestellt ist. Besonders eindruckvoll sind ferner einige phantastische Tierdarstellungen, etwa „das Nilpferd mit den zwei Köpfen auf dem Stiefelknecht“. — Nach sorgfältiger Prüfung aller erreichbaren Nachrichten muß man hier, wie in den meisten anderen Hauptfällen der Sammlung, eine direkte Abhängigkeit von Vorbildern mit großer Wahrscheinlichkeit ausschließen. Dagegen ist zweifellos etwas wie eine primäre Gestaltungskraft, anders ausgedrückt, eine Begabung bei diesen Hauptfällen vorhanden. Diese latente Begabung hat sich dann unter der Einwirkung der schizophrenen Erkrankung entwickelt, was sich psychologisch unschwer verständlich machen läßt, und zwar aus dem Autismus dieser Kranken. Dazu passen mehrere Tatsachen: Fast nie zeichnen Schizophrene in der akuten Phase, oft beginnen sie erst nach 5—10 Jahren, wie mehrere Hauptfälle der Heidelberger Sammlung. Und, was noch erstaunlicher ist, in einzelnen Fällen erreichen sie die künstlerisch höchststehenden, wirklich durchgeformten Leistungen in einem Endstadium, das nach den üblichen Gesichtspunkten als völlige Verblödung bezeichnet wird. — Über die Hauptrichtungen, in denen die an der Hand des Materials zu erörternden Probleme liegen, wurde bereits auf dem Hamburger Psychiatertag gesprochen. Vor billigen, äußerlichen Parallelen mit der Kunst der letzten Zeit schützt am besten eine sorgfältige Erforschung der psychologischen Tatbestände. Bestimmte Formulierungen für die Ursachen dieser Verwandtschaft werden nicht gegeben, um der sensationellen Ausbeutung des Materials keinen Vorschub zu leisten. Eine ausführliche Darstellung mit zahlreichen Abbildungen erscheint nächstes Jahr in Buchform bei J. Springer.

2. Sitzung am 7. November, 9 Uhr.

Hellpach-Karlsruhe: Der nervöse Zusammenbruch.

H. erläutert den von ihm in Fortbildung der Theorie der reaktiven Abnormität aufgestellten Begriff der prozessiven Abnormität (richtiger: Prozessivierung der reaktiven Abnormität; vgl. seine Untersuchung in



der Monatschr. f. Psych. u. Neurol. 1918, H. 2, S. 95—122). Das durchsichtigste Beispiel für eine solche Prozessivierung ist jenes Stadium der nervösen Erschöpfung oder Neurasthenie, das als „nervöser Zusammenbruch", im Volksmunde wohl auch als „Nervenschlag" bezeichnet wird. Die vollkommene Bildveränderung dabei, das Ergriffenwerden bislang verschont gebliebener Organe und Organsysteme, die Langwierigkeit der Genesung, das Versagen reaktiver Kurmittel, die souveräne Bedeutung der Überernährungskur — aus alledem muß geschlossen werden, daß nunmehr ein neues „System" des Organismus von der Erkrankung erfaßt worden ist, dessen Schädigungen nicht so leicht zu reparieren sind. Analogien finden sich auch im Laufe hysterischer und phobistischer, überhaupt aller psychopathischen Erkrankungen, die reaktiv beginnen und beim achtlosen Gehenlassen prozessiv werden können. Unter Zuhilfenahme dieser nervenärztlichen Erfahrungen auf der einen, arbeitswissenschaftlicher Tatsachen auf der anderen Seite entwickelt nun *H.* eine Theorie der vier Funktionalsysteme des Organismus: 1. Verrichtungssystem (exekutives), 2. Betriebssystem (nutritives), 3. Bausystem (konstitutives), 4. Erbsystem (generatives). Alle vier greifen in der Gesamtfunktion des Organismus ineinander, trotzdem hat jedes seine funktionelle Aufgabe für sich, und an bestimmten Stellen zeigt sich uns eine mehr oder weniger strenge Teilung und Absonderung der Aufgaben. So gehört die Arbeitstatsache der Ermüdung ganz dem nutritiven System an (Stoffverbrauch plus Toxinbildung dabei), dagegen die Übung, die über die raschen Ermüdungsausgleiche hin bestehen bleibt, ist offensichtlich im konstitutiven System verankert, dem sie den wichtigen Prozeß der Anpassung durch Lernen sichert. *H.* geht hier kurz auf die vermutlich katalytische Grundlage der Übungsvorgänge ein, wie sie durch *Ostwalds* (für den Unterricht nicht genug zu empfehlenden) instruktiven Versuch der am Kupfer sich übenden Salpetersäure nahegelegt wird. Daß Störungen des Systems 1 die Aufgaben des Systems 4 nicht zu stören vermögen, ist heute sichergestellt (Nichterblichkeit von Verstümmelungen!), aber wie die Systeme 2 und 3 zu 4 stehen, ist noch an entscheidenden Punkten dunkel: wir wissen nicht, ob einfache Ermüdung, selbst akute Erschöpfung das Erbsystem berührt im Sinne einer erblichen Fixierung der Ermüdung, und wir wissen noch immer nicht, wieweit erworbene Übung vererbt wird (Problem der Vererbung erworbener „Eigenschaften"). Auch wieweit Störung im System 1 auf das System 3 störend wirkt, ist problematisch (Beispiel des ohne Arme geborenen Rafaels). Der Vortragende führt die problematische Beziehung der vier Systeme noch an einer ganzen Reihe anderer Einzeltatsachen aus. Die Systeme 1 und 2 bilden zusammen auch die reaktive Gesamtfunktion, die Systeme 3 und 4 die regulative Gesamtfunktion der organischen Individualität; man kann die vier Systeme auch nacheinander als das der Leistungen, der Kräfte, der Eigenschaften und der Anlagen charakterisieren. — Der „nervöse Zusammenbruch"



und die Prozessivierung der reaktiven Abnormität überhaupt muß als Übertritt der Erschöpfung (oder entsprechender Störungsprozesse) aus dem nutritiven ins konstitutive System verstanden werden. Daher die Unfähigkeit zu reaktivem Ausgleich, die Beeinträchtigung der Lernfunktionen, der Verlust der Elastizität, das Versagen der sogenannten Energiereserven. Anstatt Erschöpfung besteht nunmehr Zerrüttung, anstatt angebaut, wie im System 2, muß nunmehr aufgebaut werden — ein viel langwierigerer, konstitutiver Prozeß. Er ist in seinem Wesen und in seiner Dauer vergleichbar jenen Krisen der Lebensaltersentwicklung, über die *H.* in der letzten Karlsruher Versammlung vor dem Weltkriege („Altern und Kränkeln") gesprochen hat; auch sie wälzen das konstitutive Dasein um und gestalten es neu, dauern daher oft bis zu 2 Jahren und noch mehr, fast nie unter einem halben; Ähnliches wird man für die Therapie der nervösen Zusammenbrüche aussagen dürfen. Die Kombination von Unterernährung (nebst physischer Kriegsstrapaze überhaupt), seelischem Kriegserlebnis und neurotroper Wirkung der Grippe haben die Zahl der prozessiven Wendungen reaktiver Neurasthenien in den verflossenen beiden Jahren außerordentlich vermehrt. *H.* empfiehlt als klare Terminologie die Unterscheidung folgender Stadien der nervösen Überbeanspruchung: Nervosität (nervöse Überreizung), Neurasthenie (nervöse Erschöpfung), Neuroplexie (nervöse Zerrüttung, nervöser Zusammenbruch); Neuropathie (nervöse Belastung). Er legt dar, wie hier die Schädigung der Reihe nach die vier Funktionalsysteme durchlaufe, nur bei der nervösen Überreizung läßt er es dahingestellt, ob nicht ihr Sitz auch schon im zweiten System gesucht werden müsse. *H.* macht zum Schluß nochmals auf die große, praktische Wichtigkeit des richtigen theoretischen Verständnisses dieser Dinge aufmerksam, die sich in Prognose und Therapie, auch bis in die gutachtliche und bescheinigende Verantwortlichkeit des Arztes hineinerstrecke.

Roemer-Konstanz: Über die sozialen Aufgaben des Irrenarztes in der Gegenwart.

Der Vortragende bespricht die sozial-psychiatrischen Aufgaben, die den Anstaltsärzten aus dem zwingenden Gebot größter Sparsamkeit infolge der allgemeinen Notlage und der enormen Verteuerung des Anstaltsbetriebes sowie der Notwendigkeit, unter Ausnützung wichtiger Kriegserfahrungen den neu entstandenen Bedürfnissen der Gegenwart gerecht zu werden, erwachsen. In erster Linie wird die Ermöglichung der Frühentlassung durch eine planmäßige Entlassenenfürsorge gefordert. Die Hospitalisierung der Geisteskranken, insbesondere der Schizophrenen, kann angesichts des unerwartet günstigen Verlaufs der gegen ärztlichen Rat erzwungenen Entlassungen, wie ihn *Tomaschny*, *Uhlmann*, *Treiber* und *Müller* übereinstimmend festgestellt haben, nicht mehr als die alleinberechtigte Fürsorgeform betrachtet werden; die Früh-



entlassung hat sich in Burghölzli in immer größerem Ausmaße bewährt und findet in Verbindung mit der Entlassenenfürsorge, wie sie *Kolb*, *Moeli*, *Peretti*, *Puppe* bzw. *Müller-Heß* und *Starlinger* organisiert haben, auch in Deutschland immer mehr Eingang. Ein allgemeiner Versuch mit dieser Fürsorgeform ist somit ärztlich zulässig und infolge der großen Notlage dringend geboten. Die Einzelheiten der Entlassenenfürsorge, wie sie sich aus den bisher vorliegenden Erfahrungen ergeben, werden unter Betonung der nötigen Einschränkungen und Vorsichtsmaßregeln angeführt. Insbesondere wird vor Frühentlassungen ohne organisierte Entlassenenfürsorge gewarnt. Die zweite Forderung bezieht sich auf die Einrichtung poliklinischer Beratungsstellen für psychisch Abnorme an den Anstalten, durch die die psychotherapeutischen Kriegserfahrungen für die Allgemeinheit nutzbar gemacht, manche Anstaltsaufnahmen erspart und die Beziehungen der Anstalt zu den sonstigen sozialhygienischen Fürsorgeeinrichtungen gepflegt werden sollen. Als dritte Aufgabe wird die Inangriffnahme der Aufklärungsarbeit bezeichnet; sie soll für die heute besonders dringliche Verhütung der luischen und alkoholischen Geistesstörungen sowie für richtigere Anschauungen über das Wesen der Geisteskrankheiten und die Aufgabe der Anstalten werben sowie den Ärzten, Richtern, Geistlichen und Lehrern den für sie wichtigen Einblick in die Psychopathologie vermitteln. Durch eine solche Betätigung im Sinne der angewandten Psychiatrie können die Anstaltsärzte die Anstalten in das wünschenswerte nahe Verhältnis zur Bevölkerung bringen und zugleich das Ansehen des irrenärztlichen Standes fördern.

Diskussion. — *Neumann*-Karlsruhe: Die Frühentlassung Geisteskranker stellt ein gerade in der jetzigen Zeit doppelt interessantes, sozialpolitisches Experiment dar, indem sozusagen von der bisherigen „Sozialisierung" der psychiatrischen Versorgung zu einem System des freien Spiels der Kräfte übergegangen werden soll. Ein Bedenken gegen den in vieler Hinsicht sicher einen Fortschritt bedeutenden Versuch erblickt *N.* in der Gefahr der — ehelichen und außerehelichen — Kindererzeugung seitens der Frühentlassenen, einer Gefahr also eugenetischer Natur. Dasselbe gilt mutatis mutandis auch hinsichtlich der Verbrechen. *N.* fragt Herrn *Bleuler*, ob und welche Erfahrungen nach dieser Richtung hin in der Schweiz, insbesondere in seinem irrenärztlichen Wirkungsbereiche mit den Frühentlassungen gemacht worden sind. Als Voraussetzung für die Durchführbarkeit der Frühentlassung fordert *N.* eine gründliche Reorganisation der Irrenhilfsvereine, am besten in Zusammenarbeit mit der Trinkerfürsorge, und außerdem eine zweckentsprechende Erweiterung der Irrengesetzgebung.

Bleuler-Burghölzli: Wenn auch die frühen Entlassungen die Gefahr mit sich bringen, daß der eine oder andere Schizophrene ein Kind mehr zeugt als bei längerem Anstaltsaufenthalt, so kommt das numerisch nicht



in Betracht. Die Schizophrenie pflanzt sich wie das Genie meist nicht direkt, sondern durch die Seitenlinien fort. Mit der Überwachung der entlassenen Verbrecherischen sind wir theoretisch sehr unzufrieden; praktisch aber muß ich konstatieren, daß wenige derselben zurückgekommen sind, und daß wenige neue Verbrechen geschehen sind. — In dem Vortrag *Roemers* vermisse ich das Wichtigste, die Vorbeugung. Auf den meisten Gebieten der Psychiatrie, wo man davon redet, ist nichts zu erreichen; nur zwei Ursachen könnte man wirklich ausschalten. Die Syphilis ist unterdrückbar; man will sie aber nicht unterdrücken, weil man in die „persönliche Freiheit" eingreifen müßte. Nicht ganz gleich steht es mit der Vorbeugung des Alkoholismus, der in erschreckender Weise wieder zunimmt, seit die Behörden das Verbrechen gegen die Hygiene begangen haben, die Herstellung stärkerer Biere wieder zu erlauben. Da ist es die tausendjährige suggestive Einstellung zu den Alkoholwirkungen, die bei diesem Thema das konsequente Denken und Handeln verhindert. Es ist aber Pflicht, namentlich der jüngeren Psychiater, ohne Vorurteil die Alkoholfrage gründlich zu studieren. Dann werden sie einsehen lernen, daß die Empfehlung der Mäßigkeit im Kampf gegen den Alkoholismus nicht nur eine Utopie, sondern direkt schädlich ist.

Lilienstein-Nauheim hat 1908 auf einer Reise in Sidney (Australien) in der dortigen Staatsirrenanstalt (Callan-Park-Asylum) die Einrichtung der Entlassenenfürsorge gefunden. Der frühere Direktor, Dr. *Chisterlin Ross*, der die Einrichtung geschaffen hatte, versicherte, daß durch dieselbe die Anstalt erheblich entlastet worden sei. Einer oder zwei Ärzte der Anstalt waren ständig für diese „Externen-Abteilung" tätig. Es waren im wesentlichen ruhige, pflegebedürftige Kranke (Senile, Paralysen usw.), die auf diese Weise versorgt wurden.

L. Mann-Mannheim: Die Anregungen *Römers* sind sehr begrüßenswert. Sie decken sich zum größten Teil mit den Ausführungen, die *Mann* vor dieser Versammlung 1907 vortrug. *M.* hält für eine Voraussetzung aller Entlassungen, daß bei der Entlassung schon die wirtschaftliche Unterbringung gesichert ist. In den großen Städten ist das, zumal bei der jetzigen wirtschaftlichen Lage, nicht einfach. Aber es wird sich sicher ermöglichen lassen bei geeigneter Organisation der Arbeitsnachweisstellen und Verbindung der Fürsorgestellen mit diesen. Am besten geschieht dies in Verbindung mit der amtlichen Fürsorgestelle für Kriegsbeschädigte, wenigstens da, wo, wie in Mannheim, ein Fürsorgearzt die Grundlagen für die Arbeitsauswahl und Berufsberatung liefert. Auch dann werden sich aus dem Vorurteil gegen entlassene Geisteskranke noch genug Schwierigkeiten ergeben, wie *M.* in drastischer Weise wiederholt erfuhr. Trotzdem muß mit Energie an der Außenfürsorge, besonders durch Aufklärung, gearbeitet werden. Große Schwierigkeiten und Rezidivgefahren bringt die Wohnungsnot in den Städten mit sich; bei allen den Reibungen, die sich aus dem engen Zusammenhausen in oft geradezu entsetzlichen Woh-

nungen ergeben, ist der entlassene Geisteskranke der gesunden Umgebung gegenüber in gefährlichem Nachteil. — Zwanglos ließe sich der Kriegsbeschädigten-Fürsorgestelle eine psychiatrische Beratungsstelle anschließen, der alle Aufgaben der Stadtpsychiatrie zufallen würden (sozialhygienische Prophylaxe, Milieuschädigungen, Hilfsschulen, Fürsorgeerziehung, Familienforschung, Anamnesen, Katamnesen, Statistik, Fürsorge für die Entlassenen, Beratung der Angehörigen, Alkoholbekämpfung usw.). Eine Verbindung mit der Beratungsstelle für Geschlechtskranke und der Lungenfürsorge hält *M.* solange nicht für angebracht, als die sicher kommende Zentralisierung aller Fürsorgeeinrichtungen noch nicht durchgeführt ist. Dann ergibt sich von selbst eine Sonderabteilung Irrenfürsorge der zentralen Fürsorgestelle. Den sogenannten Kriegsneurosen gegenüber mahnt *M.* zur größten Vorsicht, sie bedürfen seiner Ansicht nach in der überwiegenden Mehrzahl mehr einer energischen, zielbewußten, sozialen als ärztlichen Behandlung.

Kläsi-Burghölzli-Zürich hat als Inhaber des der Direktion Burghölzli unterstellten zürcherischen Irreninspektorates erfahren, daß das von *Hellpach* in Sachen wissenschaftlicher Forschung gebrauchte Wort vom Vorteil der Dürftigkeit der Hilfsmittel auch in der Privatirrenpflege seine Gültigkeit hat, insofern, als häufig diejenigen Kranken am besten untergebracht sind, welche den Staat am wenigsten kosten. Mit Vorliebe melden sich nämlich als Pfleger ärmere Bauern vom Lande, welche aus der Arbeitskraft des Patienten natürlich möglichst viel Nutzen ziehen wollen. Müssen sie für diese etwas bezahlen, schätzen sie sie selbstverständlich höher ein, als wenn sie noch ein Kostgeld dazubekommen, ganz abgesehen davon, daß dann gewisse unliebsame Bewerber zurückstehen. Referent hat darum seit 1½ Jahren angefangen, die Leute möglichst in bezahlten Stellen unterzubringen oder, wenn dies nicht möglich, sowohl Pflegern wie Pfleglingen einzuschärfen, daß die Versorgung nur vorläufigen Charakter habe und dem Kranken freigestellt sei, später allenfalls eine andere Stelle zu suchen. Diese Versorgungsart schützt sowohl die Kranken vor Ausbeutung, als sie ihnen die Suggestion gibt, daß sie nicht einfach nur verdingt seien, sondern als Arbeiter gelten, die ihr Los noch verbessern können. Man sieht, es brauchen nicht notwendig reiche Geldmittel zur Verfügung zu stehen. — Vor der regelmäßigen Inanspruchnahme von Hilfsvereinen und religiösen Körperschaften bei Beschaffung von Pflegeplätzen wird gewarnt. Es gibt darunter zuviele schlechte Menschenkenner und andererseits „Idealisten", welche die Leute ausnützen und sich dabei noch einbilden, weiß was für ein gutes Werk zu verrichten. Am besten fährt man mit staatlich bestellten und bezahlten Hilfskräften. In Zürich, das gegenwärtig 130 Familienversorgte hat, ist es eine Frau, welche regelmäßig die Kleider- und Wohnungshaltung besichtigt und die Bureauarbeiten verrichtet. — Mit Spar- und Fürsorgemaßnahmen sind aber die sozialen Aufgaben des Psychiaters nicht erschöpft. Das Übel muß an der



Wurzel gepackt werden. Man muß den Ursachen der Schwierigkeiten nachgehen. Im Vordergrund derselben steht die schon Jahrzehnte vor dem Krieg in Erscheinung getretene Arbeitsscheu, welche nachgerade zu einer eigentlichen Flucht vor der Arbeit geführt hat. Nach der Ansicht des Referenten wurzelt sie hauptsächlich in drei Dingen: in der Verindustrialisierung der Massen, in verkehrten Gepflogenheiten der ärztlichen Praxis und ihrer Anhängsel, der Krankenkassen, und drittens in der Vermaterialisierung oder Entkirchlichung des Volkes. Die Schuld der Verindustrialisierung ist die, immer mehr Leute zu einer Arbeit gezwungen zu haben, die nicht nur nicht ihrer Wahl und ihren natürlichen Neigungen und Fähigkeiten entsprach, sondern zu der sie auch keine persönlichen Beziehungen hatten, im Gegensatz etwa zum Bauer oder Handwerker, die unter ihrer Hand etwas werden sehen, und im Gegensatz auch zu uns, die wir in unsere, ebenfalls als Bürde empfundene viele Schreibarbeit immerhin unseren Stil und unsere persönlichen Ansichten hineinlegen können. Schuld vieler Ärzte ist es, der Verbreitung der abscheulichen Suggestion, die Arbeit sei etwas Lebensfeindliches, Gesundheitsschädliches, allen Vorschub geleistet zu haben. Oder sind nicht alle Tage so und so viele Menschen wegen der unbedeutendsten, lächerlichsten körperlichen Schäden und Gebrechen von der Arbeit befreit worden, und gibt es nicht Krankenkassen, welche ihren Mitgliedern unter Androhung des Verlustes von Entschädigungsansprüchen geradezu verbieten, zu Hause zu arbeiten, wenn ihnen der Arzt wegen eines Hustens oder eingewachsenen Nagels für Tage und Wochen Müßiggang verschrieben hat? Den Schuldanteil der Vermaterialisierung näher zu beschreiben, erübrigt sich. Jeder weiß, was der Verlust des kategorischen Imperativs bedeutet. — Als Hilfen kommen vom psychiatrischen Standpunkt aus drei Mittel in Betracht. Um dem Zwangsarbeitsmoloch möglichst viele Menschen zu entreißen, müssen wir Berufspsychologie treiben. Wir müssen lernen, welche Anforderungen dieser und jener Beruf an Leib und Seele stellen, damit wir durch die an unseren Polikliniken errichteten oder mit ihnen in Verbindung stehenden Berufsberatungsstellen Kindern und Eltern mit Ratschlägen an die Hand gehen können. Die Scheu vor der Arbeit soll bekämpft werden, indem wir keine Gelegenheit vorbeigehen lassen, ohne unter Hinweis auf unsere Erfolge mit der Arbeitstherapie das Lob der Arbeit als eines Kräftigungs- und Allheilmittels zu verbreiten und zu bedeuten, daß diese etwas so Lebens- und Kulturnotwendiges ist, daß wir sie auch dann suchen müssen, wenn wir krank sind. — Was die Entkirchlichung anbetrifft, wird auf die französische Revolution hingewiesen, welche in klarer Erkenntnis der Notwendigkeiten nach Abschaffung des hergebrachten Kultes die „Religion der Vernunft" gegründet und den Staat als höchste sittliche Macht erklärt hat. Es braucht nichts nachgeahmt zu werden, aber wir sollen uns die Aufgabe stellen, experimentalpsychologisch sowohl wie durch klinische Beob-



achtung und Beschreibung den „sozialen Trieb“, den Trieb zum Opfer und zur Entsagung, nachzuweisen. Faßbar geworden, müßte er als notwendige Eigenschaft von jedem Durchschnittsmenschen gefordert werden. Wer ihn nicht hat, soll als minderwertig gelten, wer sich durch Lebens- und Geschäftsführung gegen ihn versündigt, der Verachtung anheimfallen, wie im Mittelalter der Henker und Bader und in neuerer Zeit der Spelunkenwirt und Zuhälter. — Die Aussprache gipfelt in der Hoffnung, daß sich zu der einen Wahrheit, ein großer Teil der Kultur kommt von den Geisteskranken, die andere geselle: ein Großteil der sozialen Gesundung kommt von den Irrenärzten!

Homburger-Heidelberg stimmt den vom Vortragenden vertretenen Ansichten zu und empfiehlt, den Polikliniken eine heilpädagogische Beratungsstelle anzugliedern. Dieselbe wird am zweckmäßigsten, wie dies in Heidelberg seit 3 Jahren der Fall ist, in den Ambulanzräumen der Kinderklinik abgehalten. Auf diesem Wege ergibt sich in der einfachsten Weise die Verbindung zwischen dem kinderärztlichen und psychiatrischen Teil der Jugendfürsorge.

Gruhle-Heidelberg: Die Organisation der Hilfsvereine ist äußerst reformbedürftig. Die Auswahl der Vertrauensleute ist die Hauptsache. Nur geeignete Persönlichkeiten sollen gewählt werden, nicht schematisch Ratschreiber und dergleichen. Die Geistlichkeit und die Hilfsschullehrer sind besonders für die Fürsorgetätigkeit zu interessieren.

Sommer-Gießen weist im Anschluß an die Bemerkungen von *Gruhle* darauf hin, daß die Hilfsvereine nur bei richtiger Organisation viel leisten können. Die Hauptsache ist 1. eine persönliche Fühlungnahme des Psychiaters, von dem die Entlassungen abhängen, mit den Vertrauensleuten. Diese müssen an die Anstalt herangezogen und durch erläuternde Vorträge in die psychiatrische Denkweise eingeführt werden, 2. die durch den Hilfsverein vermittelte persönliche Fühlungnahme mit den entlassenen Kranken. Die Unterstützung vom Hilfsverein, besonders wenn sie zu regelmäßigen, nachträglichen Besuchen des Kranken in der Anstalt führt, bildet eine günstige Vermittlung in dieser Beziehung.

Roemer (Schlußwort): Die vorgeschlagene Verbindung der Entlassenen- mit der Trinkerfürsorge wird sich zweifellos empfehlen. Die Hilfsvereine müssen über die wenig zweckvolle Unterstützung der „Anstaltsbummler“ hinaus zu sinngemäßer Betätigung gefördert werden, namentlich durch stärkere Heranziehung und fachärztliche Unterweisung der Vertrauenspersonen, die besonders in ländlichen Bezirken durch Berichterstattung der Fürsorge wichtige Dienste leisten. Diese darf nicht den Anstrich der Armenunterstützung bekommen und muß ordnungsmäßig von hauptamtlich angestellten Kräften wahrgenommen werden. Der ärztliche Leiter gibt dabei die Anweisungen, die Ausführung fällt in notwendiger Arbeitsteilung und auch wegen der gebotenen Zurückhaltung in der Regel den Hilfskräften zu. Die Erfolge mit der Frühentlassung

und der freien Fürsorge sind in Deutschland noch wenig umfangreich und noch weniger bekannt. Zur Förderung der wichtigen Angelegenheit empfiehlt es sich, daß die Ärzte, die auf diesem Gebiete arbeiten, und etwa solche, die sich für die Hilfsvereine interessieren, ihre Erfahrungen baldgelegentlich, etwa im Anschluß an die nächste Tagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie, austauschen.

v. Steinrück-Konstanz: Über die Verwertung hypnotherapeutischer Kriegserfahrungen.

Der Hypnotismus hat sich zwar seit zwei Jahrzehnten als wissenschaftliche Disziplin durchgesetzt, seine therapeutische Anwendung ist jedoch vor dem Kriege noch nicht Gemeingut der Psychiatrie gewesen. Die Neurotikerlazarette des Krieges haben dieses Ziel erheblich nähergebracht und neben vorübergehenden äußerlichen Erfolgen auch Werte geschaffen, die festgehalten und weiter ausgebaut zu werden verdienen. — Hierher ist von technischen Einzelheiten die Kombination der Hypnose mit militärischer Exerzierbehandlung (*Kehrer*) — eventuell mit Unterstützung durch elektrischen Strom — zu rechnen. — Wichtiger sind die allgemeinen Wirkungen, die der Aufschwung der Hypnotherapie im Kriege sowohl dem psychotherapeutischen Handeln des Facharztes wie der bisher zu wenig gepflegten seelenärztlichen Einstellung des Praktikers gebracht hat. Ist doch die Hypnose nichts anderes als eine besonders elementare, grobe und verhältnismäßig leicht erlernbare Form der seelischen Krankenbehandlung und als solche eine gute Schule für die allgemeine seelenärztliche Einstellung wie für die Beherrschung der feineren psychotherapeutischen Methoden. — Es ist Aufgabe der Anstaltspsychiatrie, am Ausbau der Hypnotherapie mitzuarbeiten. Die Möglichkeit ihrer Anwendung bei Psychosen ist weiter zu erforschen. Auch in der allgemein einzuführenden poliklinischen Tätigkeit der Anstaltsärzte ist der Indikationsbereich der Hypnose über die bisher üblichen Grenzen hinaus auf die leicht psychotischen Zustände, auch schizophrener Art, auszudehnen. — Durch aufklärende Arbeit unter praktischen Ärzten und Publikum ist den Gefahren entgegenzuarbeiten, die von unkritischer Verwertung der Hypnose drohen und von der heutigen, zur Mystik neigenden Zeitströmung, die dem Kurpfuschertum so leicht in die Hände arbeitet.

Hauptmann-Freiburg: Über diagnostische Kutanreaktionen bei Dementia praecox.

Vielfache Beobachtungen über den Zusammenhang psychischer und innersekretorischer Störungen sollten den Psychiater veranlassen, diesem Problem seine Aufmerksamkeit zuzuwenden, nicht etwa um hierdurch das Wesen psychischer Vorgänge zu erforschen, sondern um das Wesen gewisser Psychosen, sofern sie Krankheiten sind, kennenzulernen. Kaum übersehbare Schwierigkeiten bieten sich der Forschung,



da einmal der Kreis der in Betracht kommenden Organe sich über die „Drüsen ohne Ausführungsgang" beträchtlich erweitert hat, und Geschlechtsdrüsen, Leber, Milz, Speicheldrüsen, Brustdrüse, Thymus, Lymphdrüsen, Knochenmark sowie überhaupt das ganze hämatopoetische System umfaßt, da ferner diese Organe sich alle gegenseitig beeinflussen, und schließlich unsere pharmakologischen, chemischen, zytologischen und biologischen Untersuchungsmethoden noch ein sehr ungenügendes Rüstzeug darstellen. — Zur Illustrierung des Zusammenhanges von psychischen und innersekretorischen Störungen wird auf die dem Zustandsbild der Manie gleichenden Basedow-Psychosen hingewiesen; umgekehrt entspricht der Hypofunktion der Schilddrüse bei Myxödem eine Verlangsamung und Erschwerung der geistigen Tätigkeit und ein Mangel an Affektregungen; ähnlich der Kretinismus. Thyreodektomierte Tiere zeigen katatonoide Symptome; die muskulären Veränderungen entsprechen den bei bestimmten Vergiftungen beobachteten. *Goldstein* hat an den Muskeln bei Dementia praecox elektrische Anomalien nachgewiesen, die gewisse Beziehungen zur Tetanie (Nebenschilddrüse) erkennen lassen. *Kraepelin* hat auf das Fazialisphänomen bei Dementia praecox hingewiesen. *Hauptmann* hat bei Katatonikern eine Beschleunigung der Blutgerinnungszeit (Hypofunktion der Thyreoidea) gefunden. Der bisweilen bestrittene Einfluß der Geschlechtsdrüsen auf die Psyche scheint Vortragendem zweifellos. Im Zusammenhang mit dem heutigen Thema sei nur auf den Fettansatz bei Kastraten hingewiesen, dessen Auftreten in späteren Stadien der Dementia praecox interessante Parallelen hierzu bietet, und auf den bei Schizophrenen beobachteten Infantilismus (*Kraepelin*). — Die bei der parenteralen Eiweißverdauung auftretenden anaphylaktischen Erscheinungen, seien es plötzliche (Shock), seien es weniger akute (wie Muskelstarre, Juckreiz, flüchtige Ödeme, Urtikaria, Schweißausbruch, Exzitationen, Depressionen, anatomische Veränderungen im Gehirn) haben schon häufig (allerdings oft viel zu geradlinig) dazu geführt, ähnliche bei Dementia praecox beobachtete Symptome als auf Anaphylaxie beruhend anzusprechen. Prinzipiell ist zuzugeben, daß manche psychischen Anomalien bei Dementia praecox nur toxisch zu erklären sind. Die bekannten Versuche *Berger*s haben auch das Vorhandensein giftiger Stoffe im Blute von Katatonikern wahrscheinlich gemacht. Die Anfälle zeigen gewisse Parallelen zum anaphylaktischen Shock; sie treten nur, ebenso wie die weniger akuten oben genannten anaphylaktischen Zeichen, zu selten auf, als daß man berechtigt wäre, die „Krankheit" Dementia praecox auf Anaphylaxie zurückzuführen. — Mag auch die praktische Bedeutung der *Abderhalden*-Reaktion für die Psychiatrie überschätzt worden sein, die Tatsache des (auch neuerdings wieder von *Ewald*-Erlangen bestätigten) ziemlich regelmäßigen Abbaus von Gehirn, Thyreoidea und Geschlechtsdrüse bei Dementia praecox erscheint beachtenswert. Vortragender hat schon 1914 versucht, die Schwierigkeiten der *Abderhalden*-Reaktion durch

eine Kutanreaktion analog der *Pirquet*- oder Luetin-Reaktion zu umgehen, angeregt durch die Mitteilung einer bei Graviden auftretenden, mit Plazentarextrakt angestellten Kutanreaktion (*Engelhorn* und *Wintz*). Versuche mit Gehirn und Schilddrüse brachten kein einwandfreies Ergebnis, sind aber, da durch den Krieg unterbrochen, noch nicht als erledigt zu betrachten. Ungefähr in ähnliche Richtung weisende neue Versuche von *Sagel* (Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 53, S. 312) wurden deshalb vom Vortragenden nachgeprüft. *S.* nimmt (auf Grund von Beobachtungen und Überlegungen, die im Original nachgelesen werden müssen) an, daß bei Dementia praecox ein Durchtritt von unabgebautem Eiweiß durch die Darmwand statthat, das dann zum Auftreten anaphylaktischer Erscheinungen Anlaß gibt. Kutan-Impfungen mit Rinderserum zeitigten bei Katatonikern und Hebephrenen eine Reaktion; Idioten, Imbezille, Paralytiker und Paranoiker reagierten negativ. Die Begründung der Theorie, deren Möglichkeit zugegeben werden kann, scheint Vortragendem noch unzureichend. Auffallend (mit Rücksicht auf unsere doch noch recht unsichere Diagnostik) ist dann das vollkommene Ausbleiben von Fehlresultaten. Unter den Nichtschizophrenen fehlen außerdem einige Kategorien, deren Prüfung gerade mit Rücksicht auf anaphylaktische Erscheinungen bzw. Stoffwechselstörungen von großer Bedeutung gewesen wäre, nämlich Epilepsie, manisch-depressives Irresein, Alkoholismus. — Nachprüfungen wurden an 667 Fällen angestellt. Da Verdünnungen von 1 : 50 auch bei Schizophrenen zu schwache, zu wenige und schwer eindeutig zu beurteilende Reaktionen gaben, wurde schließlich konzentriertes Serum angewandt. Ein Vergleich mit den *Sagel*schen Befunden und eine Kritik der Reaktion ist aber trotzdem möglich, da die Differenzen bei verschiedener Konzentration nur quantitative waren. Die Reaktion war nach 24—28 Stunden am deutlichsten; als positiv wurde nur ein deutlicher roter Hof um die Einstichstelle herum bewertet, nicht eine Veränderung der Stichstelle selbst, da es sich hierbei um eine unspezifische Reaktion auf die mechanische Verletzung handeln konnte. Unter allen Schizophrenen (einschließlich der Dementia paranoides) reagierten nur 24% positiv. Die Differenzen gegenüber *Sagel* lassen sich nicht durch gesonderte Betrachtung alter und frischer Fälle oder von Männern und Frauen erklären. Der geringe Prozentsatz würde der Bedeutung der Reaktion keinen Eintrag tun, da man auf diese Weise aus der Gesamtheit der Schizophreniegruppe gewisse Fälle hätte isolieren können, deren genaue Betrachtung dann vielleicht auch psychisch manches Gemeinsame zutage gefördert hätte; auch eine positive Reaktion bei einzelnen Fällen der Dementia paranoides hätte vielleicht zu einer Absonderung solcher enger, zur Schizophrenie gehöriger Krankheitsbilder führen können, was nur einem auch von der psychischen Seite her kommenden Bedürfnis entsprochen hätte. Der Wert der Reaktion in praktischer und theoretischer Hinsicht fällt aber durch den hohen Prozentsatz an positiven Resultaten



auch bei Nichtschizophrenen: 17,6% bei manisch-depressivem Irresein, 37,5% bei Imbezillen, 16,6% bei Alkoholisten, 20% bei Psychopathen. Negative Resultate fanden sich bei Paralyse, einigen Fällen von Arteriosklerose, Enzephalitis und Hirnembolie. Trotz der vorläufigen (die Versuche werden fortgesetzt) Ablehnung der Reaktion bleibt die Forschungsrichtung beachtenswert. Es soll versucht werden mit spezifischeren Eiweißsubstanzen (Organpräparaten, wie sie zu den früheren Versuchen des Vortragenden gehörten, vor allem auch mit Hoden- bzw. Ovariensubstanz) Kutan-Impfungen anzustellen. Vielleicht auch bringen intravenöse Applikationen charakteristischere Reaktionen. Derartige Versuche haben auch therapeutisches Interesse: Beobachtungen von Verschwinden schizophrener Symptome durch eine interkurrente fieberhafte Erkrankung lassen daran denken, durch Einverleibung von Eiweißkörpern auf parenteralem Wege und dadurch herbeigeführte künstliche Anaphylaxie den hypothetischen, primären, krankhaften, fermentativen Eiweißabbauprozeß zu stören. (Die seit langem und in letzter Zeit mit besonderer Energie aufgenommenen Behandlungsversuche der Paralyse mit fiebererregenden Mitteln, Bakterieneiweiß und lebenden Bakterien und anderen Mikroorganismen bilden in vielfacher Hinsicht ein Analogon hierzu.) An der Freiburger Klinik sind in dieser Richtung Versuche mit einem leicht abbaufähigen, auch bei anderen Affektionen mit theoretisch zwar noch ungeklärtem, aber doch praktisch nicht zu leugnendem Erfolge angewandten Eiweißpräparat, dem „Kaseosan", im Gange. Es wäre auch die Frage zu ventilieren, ob man nicht durch Implantation von funktionstüchtigem Geschlechtsdrüsengewebe (nach dem Vorgange von *Steinach*) versuchen sollte, den Krankheitsprozeß der Dementia praecox zu beeinflussen; die Unbeeinflußbarkeit des Prozesses durch Kastration, die man ja früher vielfach versucht hat, spricht nicht gegen einen solchen Versuch, da es sich damals um die Entfernung einer möglicherweise toxische Substanzen liefernden Drüse handelte, während dem jetzigen Vorschlag des Vortragenden die Überlegung vom Fehlen eines für den psychischen Organismus notwendigen Produktes zugrunde liegt.

Nummer 7 und 8 des Programms, nämlich die Diskussion über die Klassifikation der Psychosen sowie über den achtstündigen Arbeitstag, wurden wegen Zeitmangels von dem Programm abgesetzt.

Zum Schluß begründet *Sommer* seinen in der Einladung gestellten Antrag auf Reorganisation der Versammlung. Im Hinblick auf die von Herrn *Gruhle* vorher persönlich geäußerten Wünsche setzt *Sommer* in seinem Antrag in bezug auf die Zwischenjahre der Karlsruher Versammlungen für das Wort „Landesversammlung" den Begriff „Wanderversammlung" ein, so daß sein Antrag folgende Form hat: 1. Alle 2 Jahre Versammlung in Karlsruhe. 2. Freigabe des Zwischenjahres für Wander-



versammlungen (Baden, Hessen, Württemberg). 3. Einführung regelmäßiger Mitgliederbeiträge von jährlich 5 Mark, worauf die bei den Versammlungen bezahlten Beträge angerechnet werden. 4. Wahl eines Geschäfts- und Schriftführers für 2 Jahre. Der gestellte Antrag wurde einstimmig angenommen. Auf Vorschlag von *Sommer* soll die erste Versammlung in dem Zwischenjahr in der psychiatrischen Klinik in Heidelberg stattfinden. Als Geschäftsführer wird auf seinen Antrag Professor *Wilmanns* in Heidelberg, als Schriftführer Professor *Göring*-Gießen gewählt. Die Versammlung in 2 Jahren wird dann wieder in Karlsruhe, im folgenden Zwischenjahr in Hessen, also im nördlichen Teil des südwestdeutschen Gebietes, die folgende wieder in Karlsruhe stattfinden.

Hauptmann. Mayer-Groß.

---

145. (letzte) Sitzung des Psychiatrischen Verein zu Berlin am 8. November 1920.

Anwesend: *Bonhöffer*-Berlin, *Laase*-Potsdam, *Hans Laehr*-Wernigerode, *Viedenz*-Schweizerhof, *Zinn*-Eberswalde. Vorsitzender: *Bonhöffer*-Berlin.

Der Kassenwart *Zinn*-Eberswalde berichtet über die Kassenverhältnisse des Vereins seit Juni 1914.

Bestand Ende 1914	2351,22 M.
Einnahmen 1914/15—1920	1603,31 ,,
	3954,53 M.
Ausgaben, auch für Ankauf v. Kriegsanleihe	3826,67 ,, *
	127,86 M. in bar, dazu 1700 M. in Wertpapieren (Kriegsanleihe).

* Darunter 1000 M. für das Rote Kreuz und 1000 M. für den Akademischen Hilfsbund. Die Rechnung ist durch die Herren *Jeß* und *Riemann* geprüft und für richtig befunden worden.

Dem Kassenwart wird Entlastung erteilt.

Der Schriftführer *Laehr*-Wernigerode legt die Gründe dar, die den Vorstand zum Antrag auf Auflösung des Vereins und Übertritt in die Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten bestimmt haben. Für die auswärtigen Vereinsmitglieder ist die Reise nach Berlin der verringerten Zugverbindungen halber zeitraubender, der für die meisten jetzt nötigen Hotelunterkunft halber lästiger und dazu unvergleichlich kostspieliger geworden, und die Mitglieder in Berlin und Umgegend haben sich, da die Sitzungen während des Krieges ausfielen und noch nicht wieder aufgenommen werden konnten, inzwischen daran gewöhnt, ihre wissenschaftlichen und geselligen Bedürfnisse in der Gesell-



schaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten zu befriedigen. Die Hauptlast der Vorträge ist auch schon in den letzten Jahren vor dem Kriege von den Berliner Kollegen und besonders von der Berliner psychiatrischen Klinik getragen worden, und es frage sich daher sehr, ob das Bestehen zweier psychiatrischen Lokalvereine in Berlin nicht als Luxus in der jetzigen schweren Zeit anzusehen sei. Der Vorstand sei sich jedenfalls darin einig, daß die Auflösung des Vereins und der Übertritt seiner Mitglieder in die Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde den gegenwärtigen Verhältnissen am meisten entspreche, und zwar könne dadurch, daß bestimmte Sitzungen, etwa zwei oder drei im Jahre, nach Art der früheren unseres Vereins eingerichtet und vorzugsweise mit psychiatrischen Vorträgen ausgestattet würden, den Bedürfnissen der Anstaltkollegen am besten genügt werden. Auch die geringe Beteiligung an der heutigen entscheidenden Sitzung spreche dafür, daß der Vorschlag des Vorstandes das Einverständnis der Mitglieder gefunden habe.

Zinn-Eberswalde stimmt dem bei; in Gesprächen mit einer größeren Anzahl von Mitgliedern habe er sie überall in Anerkennung der Gründe des Vorstandes der Auflösung des Vereins geneigt gefunden. An 96 Mitglieder ist die Tagesordnung verschickt worden und von keiner Seite ein Einspruch erfolgt. Auch der Verband der Ärzte an den Anstalten der Provinzialverwaltung von Brandenburg hat zugestimmt.

Nach eingehender Besprechung, an der sich alle Anwesenden beteiligen, wird einstimmig die Auflösung des Vereins beschlossen und den Mitgliedern der Eintritt in die Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten empfohlen. Das Vermögen des Vereins in Höhe von 1700 M. in Wertpapieren und der nach Abzug der Druckkosten verbleibende Barbetrag fließen satzungsgemäß der Heinrich Laehr-Stiftung zu. *Hans Laehr.*

Kleinere Mitteilungen.

Die Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie findet am 25. und 26. April 1921 in Dresden statt. Als Referate sind vorgesehen: 1. Schaffung eines neuen Irrengesetzes (Ref.: *E. Schultze*-Göttingen; jur. Korref.: *Kahl*-Berlin). 2. Die Spirochäten im Zentralnervensystem bei progressiver Paralyse und multipler Sklerose (Ref.: *Jahnel*-Frankfurt a. M. und *Hauptmann*-Freiburg i. B.). Angemeldete Vorträge: 1. *Gregor*-Dösen, Psychiatrische Tätigkeit in der Fürsorgeerziehung. 2. *Kretschmer*-Tübingen, Über biologische Beziehungen zwischen Schizophrenie, Eunuchoid, Homosexualität und moralischem Schwachsinn. 3. *Hübner*-Bonn, Weitere Beobachtungen über die manisch-depressive Anlage. 4. *Weygandt* und *Kirschbaum*-Hamburg, Mitteilungen über Paralysebehandlung. 5. *Göring*-Gießen, Über den neuen Entwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch. 6. *Krause*-Dortmund, Die individual-psychologische Betrachtung des Neurosenproblems. 7. *Stertz*-München, Zur Frage der präsenilen Demenz mit Herdsymptomen (Alzheimersche Krankheit). 8. *Köster*-Düren, Versuche der Sanierung der Irrenanstalten bezüglich der Tuberkulose. 9. *Schultz*-Weißer Hirsch, Gesundheitsschädigungen durch Hypnose. Weitere Anmeldungen erbeten an *H. Laehr*, Wernigerode, Organistenstr. 1.

Der 6. Kongreß für experimentelle Psychologie findet am 20. bis 23. April 1921 in Marburg a. L. statt. Anmeldung von Vorträgen aus dem Mittelgebiet zwischen Psychologie und Medizin bei dem Vorsitzenden der Gesellschaft Geheimrat *G. E. Müller*, Göttingen, Bergstr. 4.

Eine zweite Tagung über Psychopathenfürsorge wird am 17. und 18. Mai in Hildesheim stattfinden. Thema: Heilbehandlung und Erziehung psychopathischer Kinder und Jugendlicher mit besonderer Berücksichtigung der Fürsorgeerziehung. Ref.: *Kramer*-Berlin, *Feld*-Lennep, Kreisschulrat *Fuchs*-Berlin, Stadtschularzt *Thiele*-Chemnitz, Frl. *Nohl*-Berlin, Frl. *Dittmer*-Berlin, *Gaupp*-Tübingen, *Backhausen*-Hannover,

v. Düring-Steinmühle, *Redepennig*-Göttingen, *Mönkemöller*-Hildesheim, Dir. *Knaut*-Berlin. Teilnehmerkarte 20 M. Anmeldungen bis 10. April an den Deutschen Verein zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen, Berlin N 24, Monbijouplatz 3.

Die deutsche Landesgruppe der Internationalen Kriminalistischen Vereinigung wird am 18. bis 20. Mai in Jena tagen. Anmeldungen beim Schriftführer Professor Dr. *Heimberger*, Bonn, Beringstr. 3.

Druckfehlerberichtigung. — In dem Referat von *Falkenberg* auf der Hamburger Versammlung sind folgende Berichtigungen nötig: S. 600, Zeile 16 v. u. statt „51": 15 u. Z. 1 v. u. statt „51 Rundfragen": die Rundfrage; S. 604, Z. 17 v. u. statt „für": auf; S. 607, Z. 4 v. u. statt „Besserung": Besserstellung; S. 608, Z. 11 v. o. statt „noch die Ursachen": nach den Ursachen; S. 609, Z. 3 v. o. statt „seinen": keinen; S. 611, Z. 8 statt „als hygienisch, als": hygienisch als; S. 614, Z. 10 v. o. statt „abnahm": abnehme.

Ein Fortbildungskurs für Psychiater in innerer Medizin, Chirurgie, pathol. Anatomie, Hygiene und Geschlechtskrankheiten wird bei genügender Beteiligung vom 10. bis 29. Oktober in Marburg abgehalten werden. Honorar 200 M. Die Vorbereitungen, Fürsorge für Unterkunft usw. haben Prof. *Jahrmärker* und Oberarzt *Scharnke* (Psychiatr. Klinik) übernommen. Anmeldungen erbeten an Oberarzt *Baumann*-Landsberg a.W.

Personalnachrichten.

Dr. *Joh. Stövesandt*, Prof., Dir. des städtischen Krankenhauses zu Bremen, ist in den Ruhestand getreten.

Dr. *Theod. Mootz*, früher in Conradstein, ist Oberarzt in Lauenburg geworden.

Dr. *Aug. Adam*, Oberarzt, ist von Wöllershof nach Regensburg versetzt worden.

Dr. *Friedr. Vocke*, Obermedizinalrat, Dir. d. Kreisanstalt Eglfing, ist als Mitglied des Obermedizinalauschusses in München auf 4 Jahre berufen.

Dr. *Berthold Pfeifer*, Dir. d. Landesanstalt Nietleben, ist zum ao. Professor an d. Univ. Halle ernannt worden.

Dr. *Sittig* in Prag hat sich für Psych. u. Neur. habilitiert.

Dr. *E. Kräpelin*, Prof. u. Geh. Med.-R. in München, ist von der philosophischen Fakultät d. Univ. Königsberg zum Ehrendoktor ernannt worden.

Dr. *Walter Levinstein*, San.-Rat, jetzt Berlin-Dahlem, hat den Charakter als Oberstabsarzt erhalten.

Dr. *Karl Dittmar*, Geh. San.-R., fr. Dir. d. Bezirksanstalt Saargemünd,

Dr. *Arthur Barbo*, Med.-R., Dir. d. Landesanstalt Pforzheim, u.

Dr. *Ludwig Weyland*, Oberarzt an der Landesanstalt Marburg, sind gestorben.

Die jetzige Geldentwertung nötigt leider den Bezugpreis der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie auf 150 M. für den Jahrgang zu erhöhen und zugleich den Umfang auf 47 Bogen herabzusetzen, da dem Verlag nicht zugemutet werden kann, den Verlust, der namentlich im letzten Jahre recht groß geworden ist, weiter zu tragen. Auch so werden die Kosten der Herstellung nur eben gedeckt und nur unter der Voraussetzung, daß die Zahl der Bezieher die gleiche bleibt.

Den Mitgliedern des Deutschen Vereins für Psychiatrie kann eine Ermäßigung auf 125 M. (120 M. für die Zeitschrift und 5 M. für Porto)[1]) gewährt werden, wenn sie die Zeitschrift durch Vermittlung des Vereins beziehen. Sie haben hierzu vor Beginn des neuen Jahrgangs der Braunschweigischen Bank in Wernigerode für Dr. *Hans Laehr* 125 M. zu übermitteln (Postscheckkonto der Bank: Berlin Nr. 3330) mit der Angabe „ich bestelle hiermit den neuen Jahrgang der Allg. Ztschr. f. Psych." und genauer Adresse. Die Übersendung der Zeitschrift erfolgt dann von der Verlagshandlung aus.

Schweren Herzens hat die Redaktion der als notwendig erwiesenen Verteuerung und Raumbeschränkung, die hoffentlich in einigen Jahren gemildert werden kann, zugestimmt in der Überzeugung, daß die Zeitschrift, die den Zusammenschluß der deutschen Irrenärzte herbeiführte, und die dem Bedürfnis des Anstaltsarztes angepaßt ist, auch durch diese schwere Zeit hindurchzuretten versucht werden muß. Der Verspätung der Jahrgänge, die durch die Druckschwierigkeiten während des Krieges entstanden ist, will der Verlag durch rascheren Druck abhelfen, damit der Literaturbericht womöglich schon im nächsten Jahre zu rechter Zeit erscheinen kann.

Hans Laehr.

---

[1]) Für Mitglieder im Ausland beträgt der ermäßigte Bezugspreis einschließlich Porto: Schweiz Frs. 25.—, Holland Gulden 14.—, Italien Lire 75.—, Belgien und Frankreich Frs. 60.—, England Schilling 24.—, Dänemark und Norwegen Kronen 25.—, Schweden Kronen 22.—, Spanien Pesetas 27.—, U. S. A. Dollar 4.25. Die Überweisung erfolgt am einfachsten durch Scheck.



ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN
HERAUSGEGEBEN VON
DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

LITERATURBERICHT ZU BAND LXXVI

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1918

REDIGIERT

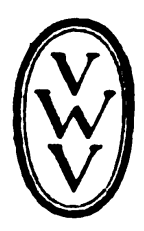
VON

OTTO SNELL

DIREKTOR DER HEIL- U. PFLEGEANSTALT LÜNEBURG

HEFT I/II.

AUSGEGEBEN AM 23. MAI 1921



BERLIN UND LEIPZIG
VEREINIGUNG WISSENSCHAFTLICHER VERLEGER
WALTER DE GRUYTER & Co.
VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.

1921.





Einführung in die Bakteriologie

Zum Gebrauch bei Vorlesungen und Übungen sowie zum Selbstunterricht für Ärzte und Tierärzte

von

Dr. Walther Kruse

Professor, Direktor des Hygienischen Instituts der Universität Leipzig, Geheimer Medizinalrat

Groß-Oktav. Mit 80 Figuren im Text u. 1 Tafel. Preis M. 45.—, geb. M. 53.—.

Pharmazeutische Zentralhalle für Deutschland:

„Der Stoff dieser selten schönen und eigenartigen Einführungen in die Bakteriologie ist vom Verfasser auf Grund wertvoller eigener Erfahrungen geschickt auf 85 Abschnitte verteilt worden. Trotz der gebotenen Kürze sind die Einzelabschnitte derart instruktiv behandelt, daß das Buch nicht nur geeignet erscheint, dem Arzt und Tierarzt zur Auffrischung ihrer bakteriologischen Kenntnisse zu dienen, sondern auch allen denen warm empfohlen werden kann, die im Selbstunterricht sie erst erwerben wollen. . . .“

Ars Medici:

. . . ein kurz gefaßtes Lehrbuch, das alles Wesentliche klar, kurz und erschöpfend behandelt. Die Ausstattung des Werkes ist ausgezeichnet. . . .

Grundriß der Hygiene

für Studierende und praktische Ärzte, Medizinal- und Verwaltungsbeamte

von

Dr. med. Karl Flügge

Geh. Medizinal-Rat, o. ö. Professor und Direktor des Hygienischen Instituts der Universität Berlin

Neunte, mit besonderer Berücksichtigung der Kriegs- und Nachkriegszeit umgearbeitete Auflage

Mit 219 Figuren im Text. 1921. Groß-Oktav. Geh. M. 70.—, geb. M. 80.—.

Münchener Medizinische Wochenschrift: (über die achte Auflage).

Da sich die „Hygiene“ von Flügge bei allen Unterrichtskursen, für Anfänger und Fortgeschrittene, ebenso wie zum Selbststudium seit der 1. Auflage aufs glänzendste bewährt hat, so braucht über die Vorzüge des Buches nichts weiter hinzugefügt werden. Es steht in der ersten Reihe der hygienischen Lehrbücher.

Soziale Medizin und Hygiene:

„Dieses Robert Koch gewidmete Werk gehört zu dem besten, was auf dem Gebiete der Tuberkuloseforschungen veröffentlicht ist. Für den Medizinalbeamten dürften sich die hier gesammelten Arbeiten als unentbehrlich erweisen.“

VEREINIGUNG WISSENSCHAFTLICHER VERLEGER
WALTER DE GRUYTER & CO. · VORM. G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG · J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG · GEORG REIMER · KARL J. TRÜBNER · VEIT & COMP.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BLEULER	BONHOEFFER	FISCHER	KLEIST	MERCKLIN
ZÜRICH	BERLIN	WIESLOCH	FRANKFURT A. M.	TREPTOW A. R.

PERETTI	STRANSKY
GRAFENBERG	WIEN

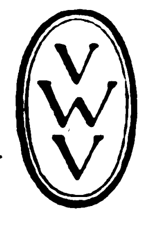
DURCH

HANS LAEHR

WERNIGERODE, ORGANISTENSTR. 1

SECHSUNDSIEBZIGSTER BAND

I. U. II. LITERATURHEFT



BERLIN UND LEIPZIG
VEREINIGUNG WISSENSCHAFTLICHER VERLEGER
WALTER DE GRUYTER & CO.,
VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG - J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG - GEORG REIMER - KARL J. TRÜBNER - VEIT & COMP.
1921

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1918

REDIGIERT

VON

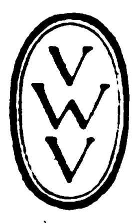
OTTO SNELL

DIREKTOR DER HEIL- U. PFLEGEANSTALT LÜNEBURG

I. U. II. LITERATURHEFT

ZUM 76. BANDE

DER ALLGEMEINEN ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE



BERLIN UND LEIPZIG

VEREINIGUNG WISSENSCHAFTLICHER VERLEGER

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG — J. GUTTENTAG VERLAGS-BUCHHANDLUNG — GEORG REIMER — KARL J. TRÜBNER — VEIT & COMP.

1921





1. Psychologie und Psychophysik.

Ref.: Hirt-München-Pasing.

1. *Arnold, Hans*, Willst Du gesund werden? Der Arzt für Körper und Seele. Emil Abigt, Wiesbaden.
2. *Benussi, V.*, Über Scheinbewegungskombination (Lissajousche S-, M- und E-Scheinbewegungsfiguren). Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 37, H. 2 u. 3, 1918.
3. *Berze, I.*, Zur Psychologie der Eigenbeziehung. Ztschr. f. Pathopsychol. Bd. III, 3. H. 1917. (S. 12*.)
4. *Bezzola, D.*, Elementar-Autanalyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 43, H. 1/2, 1918.
5. *Binnefeld, Maria*, Experimentelle Untersuchungen über die Bedeutung der Bewegungsempfindungen des Auges bei Vergleichung von Streckengrößen im Hellen und im Dunkeln. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 37, H. 2 u. 3, 1918.
6. *Bühler, Charlotte*, Über Gedankenentstehung. Ztschr. f. Psychol. Bd. 80, H. 4—6, 1918.
7. *Dessoir, Max*, Vom Jenseits der Seele. Die Geheimwissenschaften in kritischer Betrachtung. 2. Aufl. Ferd. Enke, Stuttgart 1918. (S. 19*.)
8. *Dück, Johannes*, Prof., Wirtschaftspsychologie. 1. Begriff, Umfang und Ziele der Wirtschaftspsychologie. Technik für Alle H. 8, 1916/17. (S. 18*.)
9. *Dück, Joh.*, Prof., Wirtschaftspsychologie im Baufach. Verlag der Bauwelt. Berlin 1918. (S. 18*.)
10. *Frank, L.*, Zur Psychoanalyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 43, H. 1/2, 1918.
11. *Hennig, R.*, Lektüre-Vorstellungsbilder und ihre Entstehung. Ztschr. f. Psychol. Bd. 79, H. 4—6, 1918.



12. *Heymans, G.*, u. *Wiersma, E.*, Beiträge zur speziellen Psychologie auf Grund einer Massenuntersuchung. Ztschr. f. Psychol. Bd. 80, H. 1—3, 1918. (S. 17*.)

13. *Heymans, G.*, In Sachen des psychischen Monismus. Ztschr. f. Psychol. Bd. 79, H. 4—6, 1918.

14. *Hoeßlin, J. K. von*, Das Gesetz der spontanen Nachahmung. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 38, H. 1 u. 2, 1918. (S. 10*.)

15. *Klemm, Otto*, Untersuchung über die Lokalisation von Schallreizen. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 38, H. 1 u. 2, 1918.

16. *Kohnstamm, Oskar*, Das Unterbewußtsein und die Methode der hypnotischen Selbstbesinnung. Journ. f. Psychol. u. Neur. Bd. 23, Erg.-H. 1, 1918. (S. 9*.)

17. *Kollaritz, Jenö*, Wahrnehmung und Vorstellung im normalen und nichtnormalen Zustande. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 40, H. 1/3, 1918. (S. 4*.)

18. *Kollaritz, Jenö*, Über eine taktile und akustische Täuschung. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 37, H. 4, 1918.

19. *Kovács, Sandor*, Über das Verhältnis des erkennenden und mitteilenden Gedächtnisses auf musikalischem Gebiet. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 37, H. 2 u. 3, 1918.

20. *Krass*, Über eine neue Tasttäuschung. Arch. f. d. ges. Psych. Bd. 37. H. 2 u. 3, 1918.

21. *Krass*, Eine neue Tasttäuschung. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 37, H. 4, 1918.

22. *Lindworsky, J.*, Wahrnehmung und Vorstellung. Ztschr. f. Psychol. Bd. 80, H. 4—6, 1918. (S. 4*.)

23. *Löwy, Max*, Bemerkungen zur Lehre von der Hypnose und zur Pulsbeeinflussung in derselben (mit Demonstration von Fällen). Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 44, H. 2, 1918. (S. 10*.)

24. *Moog, Willy*, Die Kritik des Psychologismus durch die moderne Logik und Erkenntnistheorie. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 37, H. 4, 1918. (S. 19*.)

25. *Peritz, Georg*, Zur Pathopsychologie des Rechnens (mit 6 Abb.). Deutsche Ztschr. f. Nervenhlk. Bd. 61, 1918. (S. 7.)

26. *Pick, A.*, Beeinflussung des Denkens und Handelns durch das Sprechen (pseudoideatorische Apraxie). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 38, H. 5, 1918. (S. 11*.)



27. *Reichardt*, *Martin*, Prof., Theoretisches über die Psyche (mit 1 Abb.). Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 24, H. 5 u. 6, 1918. (S. 8*.)

28. *Roux*, *Wilhelm*, Hat die Betriebsseele das Vermögen zu direkten Gestaltungswirkungen? Gibt es eine besondere Gestaltungsseele? Anfrage an die Psychiater. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 59, H. 2/3. (S. 15*.)

29. *Schjelderup*, *K. Harald*, Über die Abhängigkeit zwischen Empfindung und Reiz. Ztschr. f. Psychol. Bd. 80, H. 4—6, 1918.

30. *Schole*, *Heinrich*, Über die Zusammensetzung der Vokale U, O, A. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 38, H. 1 u. 2, 1918.

31. *Siwinski*, *Boleslaw*, Experimentelle Untersuchungen über psychische Ermüdung in der Schule. Klinik f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. X, H. 2.

32. *Spitzer*, *Hugo*, Psychologie und Gehirnforschung. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 59, H. 2/3, 1918.

33. *Steiner*, *G.*, Priv.-Doz., Die psychologische Berufseignungsforschung in ihrer Bedeutung für die Psychiatrie (mit besonderer Berücksichtigung militärischer Verhältnisse). Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 44, H. 2, 1918. (S. 18*.)

34. *Sterzinger*, *Othmar*, Die Bestandstücke des poetischen Bildes unter dem Gesichtspunkte seiner Schöpfung. Arch. f.d. ges. Psychol. Bd. 37, H. 4, 1918.

35. *Storch*, *Alfred*, Zur Psychologie und Pathologie des Selbstwerterlebens. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 37, H. 2 u. 3, 1918. (S. 14*.)

36. *Titius*, *D. Arthur*, Geh. Konsistorialrat in Göttingen, Psychiatrie und Ethik. Aus: Studien zur systematischen Theologie. Theodor von Haering zum 70. Geburtstag von Fachgenossen dargebracht. Tübingen, J. C. B. Mohr (Paul Siebeck) 1918.

37. *Wagner*, *Julius*, Experimentelle Beiträge zur Psychologie des Lesens. Ztschr. f. Psychol. Bd. 80, H. 1—3, 1918. (S. 16*.)

38. *Werner*, *Heinz*, Über optische Rhythmik. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 38, H. 1 u. 2, 1918.

39. *Witasek*, *Stephan*, Assoziation und Gestalteinprägung. Experimentelle Untersuchungen. Bearbeitet von Auguste Fischer. Ztschr. f. Psychol. Bd. 79, H. 4—6, 1918.



Von den psychologischen Arbeiten des Jahres 1918 scheinen mir die von *Kollaritz* (17) und *Lindworsky* (22), die den Unterschied zwischen Wahrnehmung, Vorstellung und Halluzination behandeln, für den Psychiater besonders bemerkenswert. *K.* erkennt einen durchaus kennzeichnenden und zuverlässigen Unterschied zwischen Wahrnehmung und Vorstellung nicht an, ja er glaubt, daß es einen solchen gar nicht geben könne, „da sonst ein normaler Mensch im normalen Zustande sich nicht irren könnte". Die Eigenschaften beider Arten von seelischem Erlebnis seien aber doch relativ charakteristisch, so daß sie in der Regel unter Beachtung des zeitlichen Ablaufes, der Dauer des Wahrnehmungs- und Vorstellungsprozesses bei Beachtung ihres Verhältnisses zum Gesichtsfeld und bei Aufmerksamkeit unterschieden werden können. In allen Einzelheiten deutliche kompliziertere Vorstellungen hat *K.* nie nachweisen können. Auch die Halluzination sei häufig blaß und sehr verschwommen; daß sie trotzdem als Wahrnehmung genommen werde, erkläre sich durch eine primäre Trübung der Beobachtungsfähigkeit und des Bewußtseins der Halluzinanten. Dasselbe gelte von den Trugwahrnehmungen der Hypnotisierten, falls die suggerierten Bilder wirklich für echte Wahrnehmungen genommen werden. *K.* bezweifelt aber letzteres, weil die Hypnotisierten für ihn nicht vertrauenswürdig sind, und weil ihr Verhalten dem angeblichen Halluzinationserlebnis oft wenig entspricht. Es dürfte zweifelhaft sein, ob Vorstellungen wirklich nie den Reichtum an Details und die Deutlichkeit erreichen, die Wahrnehmungen ganz gewöhnlich haben, daß aber in der Regel in diesem Punkte ein großer Unterschied zwischen beiden Arten von seelischen Erlebnissen besteht, wird sich nicht bestreiten lassen, und diese Verschiedenheit des Inhaltes mag bei der Unterscheidung gewiß eine Rolle spielen. Aber eine Unterscheidung beider Erlebnisarten wird in der übergroßen Mehrzahl der Fälle doch gar nicht getroffen, einfach deshalb nicht, weil sie nicht nötig ist, weil wir ohne weiteres wissen, ob wir wahrnehmen oder vorstellen. Überall, wo das nicht der Fall ist, und wo wir dann auch u. U. aus der Beachtung und Bewertung des zeitlichen Ablaufes bzw. der Dauer des erlebten Vorganges, aus der Lage des erlebten Inhaltes im Gesichtsfelde, aus der Wirkung der Aufmerksamkeit auf die Deutlichkeit der Einzelheiten u. dgl. m. ein Urteil zu gewinnen suchen, handelt es sich um seltene Ausnahmefälle, oft, wie im Experiment, um künstliche Verhältnisse. Unter solchen Umständen können allerdings alle die angeführten Momente zu Wahrnehmungs- bzw. Vorstellungs-Zeichen werden, aus denen wir Anhaltspunkte für unser Urteil über den Vorgang gewinnen. Wie aber verhält es sich unter gewöhnlichen Verhältnissen, unter denen ja von einer Beurteilung unseres Erlebens keine Rede sein kann? Tun hier vielleicht gewisse Zeichen ihre Schuldigkeit so prompt und von uns unbemerkt, wie es etwa beim Tiefensehen und plastischen Sehen der Fall ist? Jedenfalls lehren doch diese Beispiele, daß die unbewußte Verwertung gewisser Eigentümlichkeiten und Begleitumstände unserer Bewußtseinsinhalte für die menschliche Psychologie nichts Unerhörtes ist. Es will mir trotzdem scheinen, daß wir das Wissen darum, ob wir wahrnehmen oder vorstellen, nur dann aus irgendwelchen Eigenschaften des Wahrnehmungs- und des Vorstellungs-Inhaltes und seinen Beziehungen zu gleichzeitigen anderen Bewußtseinsinhalten erklären können,



wenn sich einwandfrei zeigen läßt, daß auch der normale Mensch sich darüber, ob er wahrnimmt oder vorstellt, täuschen muß, falls die Eigentümlichkeiten der Inhalte, die für eine Unterscheidung in Betracht kommen könnten, sehr undeutlich werden oder wegfallen, und wenn auch die Begleitumstände nicht mehr als Zeichen in Betracht kommen können. Dieser Nachweis scheint nicht in zwingender Weise geführt zu sein. Denn überall, wo es zweifelhaft bleibt, ob eine Wahrnehmung oder Vorstellung erlebt wurde, ist es ungewiß, ob nur die Eigentümlichkeiten verwischt wurden, die als Zeichen in Betracht kommen sollen; und andererseits gibt es zweifellos Erlebnisse, die in sehr ausgesprochener Weise jene Eigenschaften haben, die für gewöhnlich nur die Wahrnehmungen besitzen, insbesondere detaillierte Deutlichkeit, und doch von den Betroffenen mit Bestimmtheit als Vorstellungen erkannt werden — die Pseudohalluzinationen wie umgekehrt Halluzinationen, die überaus blaß und verschwommen sind und die dennoch für Wahrnehmungen genommen werden. Letzteres erklärt *K.* durch „primäre Trübung der Beobachtungsfähigkeit und des Bewußtsein der Halluzinanten". Er gibt durch diese Erklärung zu, daß die Tatsache eigentlich seiner Auffassung über den Unterschied von Wahrnehmung und Vorstellung widerstreitet, verbaut sich aber diese Einsicht durch die Behauptung von der primären Bewußtseinstrübung. Denn ist tatsächlich in allen diesen Fällen eine primäre Bewußtseinstrübung nachweisbar, so verbietet nichts die nach der Theorie zu fordernde Annahme, daß Menschen mit klarem Bewußtsein der Täuschung entgehen und daß sie die schwachen und verschwommenen Inhalte als Vorstellungserlebnisse erkennen würden. Ich halte aber die Bewußtseinstrübung für eine petitio principii. Sind es nur Deliranten und Kranke mit Dämmerzuständen, die undeutliche, verschwommene Halluzinationen für echte Wahrnehmungen halten? Das wird kein Beobachter behaupten wollen, es sei denn, daß er den Begriff der Bewußtseinstrübung in ungebührlicher Weise überspannte. Ich glaube somit, daß *K.*s Auffassung nicht ausreicht, um den ganzen Umfang der Tatsachen zu erklären.

Auch *Lindworskys* eindringende Ausführungen gehen von der Tatsache aus, daß, obwohl „das unmittelbar von einer peripheren Erregung der Sinne abhängige schlichte Erlebnis des Gegenstandsbewußtseins" von dem „nur mittelbar von Sinnesreizen abhängigen durch kein absolutes inhaltliches Merkmal zu unterscheiden" ist, doch „gewisse Züge bei der einen und andere Züge bei der anderen Gruppe stärker entwickelt" sind. Diese verschiedene Ausbildung der gemeinsamen Züge reicht, meint er, hin, um uns durch einen Vergleichsakt die Einsicht in die relative Verschiedenheit beider Gruppen gewinnen zu lassen. Eine so gewonnene Einsicht kann sich sowohl als bleibendes Wissen gedächtnismäßig mit bestimmten Erlebnissen verbinden, als auch nach Art des absoluten Eindruckes wirksam werden. Ebenso wie die Verschiedenheit der Erlebnisse können auch andere Sachverhalte, z. B. die Beziehung zu dem bedingenden Reiz, durch unmittelbare Relationserfassung erkannt, durch gedächtnismäßiges Relationswissen bewahrt und nach Art des absoluten Eindruckes wirksam werden. Auf diese Weise entsteht u. a. der Charakterzug der Selbstgegebenheit des Gegenstandes und der Wirklichkeit, der die entwickelte Wahrnehmung von der Vorstellung unterscheidet.



Erblickt man schon in dem schlichten Gegenstandsbewußtsein eine Funktion bzw. die Wirksamkeit von Funktionen, so entsteht die entwickelte Wahrnehmung bzw. Vorstellung dadurch, daß sich an diesen Funktionen selbst wiederum Funktionen (der Beziehungserfassung) betätigen. Die entwickelte Wahrnehmung und die entwickelte Vorstellung sind somit Funktionen höherer Ordnung. Der Hauptfehler der bisherigen Diskussion war die Gleichsetzung der von den Sinnesreizen unmittelbar abhängigen Erlebnisse mit der Wahrnehmung und der von Sinnesreizen nur mittelbar abhängigen mit der Vorstellung. Da das schlichte Gegenstandsbewußtsein durch das Hinzutreten relativer Merkmale sich zur Wahrnehmung oder Vorstellung entwickelt, dürfte es zweckmäßig sein, diese auch beim Erwachsenen unter bestimmten Bedingungen wieder auftretende Erlebnisse ohne die relativen Merkmale als das absolute Wahrnehmen und das absolute Vorstellen zu bezeichnen, die Ausdrücke Wahrnehmung und Vorstellung schlechthin jedoch der Erlebnisweise mit den relativen Merkmalen vorzubehalten. Unter Anwendung dieser Terminologie gelten die Sätze: Die absolute Wahrnehmung ist von der absoluten Vorstellung nur gradweise verschieden und unter Umständen ihr inhaltlich völlig gleichartig. Zwischen Wahrnehmung und Vorstellung indes besteht eine übergangslose Verschiedenheit; letzteres freilich nur inhaltlich, nicht entwicklungsmäßig. Die hier dargelegte Auffassung erlaubt eine einheitliche Betrachtungsweise der Wahrnehmung wie der Wahrnehmungsanomalien, der Vorstellung wie der Vorstellungsanomalien."

Es ist richtig, daß auch beim Erwachsenen unter bestimmten Bedingungen ein „schlichtes Gegenstandsbewußtsein" vorkommt und es mag sein, daß auf früher kindlicher Entwicklungsstufe dieser Erlebnischarakter sowohl den von Sinnesreizen unmittelbar abhängigen wie den von solchen Reizen nur mittelbar abhängigen Inhalten eigen ist. Sicher besteht zwischen Wahrnehmung und Vorstellung eine übergangslose Verschiedenheit. Sicher ist auch, daß unter normalen inneren und äußeren Verhältnissen die Wahrnehmung des entwickelten Menschen immer, seine Vorstellung nie von äußeren Reizen unmittelbar bedingt ist. An diesen Tatsachen ist jede Theorie über Wahrnehmung und Vorstellung zu messen. Da fällt an *L.*s Auffassung zunächst auf, daß die übergangslose Verschiedenheit zwischen Wahrnehmung und Vorstellung sich auf das Dasein oder Fehlen relativer Merkmale gründen soll. Welcher Art sind diese Merkmale? Die durchschnittliche verschiedene Ausbildung gemeinsamer Züge der bei Wahrnehmung und Vorstellung inhaltlichen Gegebenheit und gewisse Beziehungen der Inhalte oder „Sachverhalte". Das Schwankende, Unbeständige, und das selbst erst zu Erkennende soll das bestimmt Unterschiedene zu dem machen, was es ist, und zwar geschieht das, indem sich am schlichten Gegenstandsbewußtsein, dessen Inhalt natürlich auch nur als Bewußtseinsreflexe einer Funktion zu verstehen ist, wiederum „höhere" Funktionen betätigen.

Es ist zweifellos, daß *L.* die für die Erlebnisweise ausschlaggebende Rolle, welche Ref. in seiner 1912 veröffentlichten Arbeit „Zur Theorie der Trugwahrnehmungen" im Aktcharakter der Wahrnehmung und der Vorstellung zu finden glaubte, den Funktionen der Relationsauffassung und dem Relationswissen zu-



schreibt: „Den Aktcharakter der Wahrnehmung und der Vorstellung als solcher . . . . . erblicken wir nicht in einem geheimnisvollen unteilbaren Akte des Wahrnehmens und des Vorstellens, sondern in den Akten der aufgezeigten Relationserfassung bzw. des Relationswissens, die den Gegensatz bei den Erlebnisweisen und ihre Beziehungen zu den äußeren Reizen zum Gegenstand haben.“ *L.*s Auffassung, als erschöpfe sich der Unterschied des Wahrnehmungs- und des Vorstellungsaktes meiner Theorie zufolge mit dem „Gefühl der Aktivität“, das die Vorstellungstätigkeit begleitet, muß ich allerdings als unzutreffend zurückweisen und auf die Verschiedenheit der beiderlei Betätigungsweisen Nachdruck legen, wie ich es in der zitierten Arbeit (Ztschr. f. Pathopsych. I, 2/3. H., S. 437 ff.) schon getan habe. Hat dann *L.* vielleicht gezeigt, wie das eigenartige Erlebnis des wahrnehmend oder vorstellend Tätigseins genetisch zustande kommt? *L.* selbst ist offenbar dieser Meinung. Er nimmt an, daß dem absoluten Wahrnehmen und dem absoluten Vorstellen, d. h. den noch nicht oder aus bestimmten Ursachen wieder einmal nicht mit den relativen Merkmalen verwachsenen Wahrnehmungs- und Vorstellungserlebnissen Inhalte entsprechen, die nur gradweise verschieden seien, und daß erst durch die Verwertung der relativen Merkmale jenes Wahrnehmen und Vorstellen zustande komme, die wir als zwei übergangslose Erlebnisweisen kennen. Die relativen Merkmale sollen es also sein, die den zwingenden Eindruck bedingen, daß ein Erlebnis unmittelbar oder nur mittelbar von den Sinnesreizen abhänge. Obwohl eine solche Genese theoretisch wohl denkbar ist, werde ich doch gewisse Bedenken gegen sie nicht los. Nicht so sehr das Zwingende des Eindrucks scheint mir gegen die Bedeutung der relativen Merkmale zu sprechen — die Tatsachen des plastischen Lebens sind ebenso zwingend und scheinbar ursprünglich und müssen doch durch die Verwertung gewisser Merkmale erklärt werden, die uns die Erfahrung kennen lehrte. Aber diese Merkmale selbst sind inhaltlicher Art, werden uns, wie die übrigen Bestandteile der betreffenden Eindrücke, durch den Gesichtssinn vermittelt. *L.*s „relative Merkmale“ dagegen entstammen den Funktionen der Beziehungserfassung, also einer sehr komplizierten Verarbeitung der sinnlichen Inhalte. Und trotzdem ist doch die sichere Unterscheidung von Wahrnehmung und Vorstellung schon auf noch recht primitiver Stufe der geistigen Entwicklung offenbar fertig. Mir scheint, daß namentlich Kinder, aber auch noch Erwachsene viel häufiger Täuschungen unterliegen müßten, wenn *L.*s Theorie richtig wäre.

Von großem Wert, sowohl nach der physiopsychologischen, als auch nach der rein psychologischen Seite sind die Ausführungen, die *Peritz* (25) auf Grund von vier Fällen mit rechtsseitiger Hemianopsie, einem mit linksseitiger Hemianopsie, zweien mit doppelseitiger Hemianopsie, einem mit doppelter unterer Quadranten-Hemianopsie und einem mit unregelmäßiger konzentrischer Einengung über die Pathopsychologie des Rechnens gemacht hat. Die psycho-physiologischen Ergebnisse faßt *P.* in folgenden Sätzen zusammen: „Rechenstörungen bei Hinterhauptverletzten finden sich nur dann, wenn die linke Gehirnhälfte getroffen ist; bei rechtsseitigen Verletzungen ist die Rechenfähigkeit stets eine gute. Bei doppelseitigen ausgedehnten Verletzungen finden sich schwere Rechenstörungen; dagegen scheint eine



Rechenstörung zu fehlen, wenn sich nur doppelseitige untere Quadrantenhemianopsie findet. In der Gegend des linken Gyrus angularis scheint ein Zentrum für das Rechnes zu liegen." Auf die interessanten Ausführungen über „Geschichte des Rechnens und der Zahl", über „Psychologie des Rechnens und der Zahlen", „Psychologie des Zählens und Rechnens beim Kinde" und über den „Zahlbegriff", die *P.* seinen eigenen Untersuchungen vorausschickt, kann hier leider nicht näher eingegangen werden. Die angeführten Kapitel bringen in Kürze das, was die Beobachtungen über das Rechnen der Naturvölker und der Kinder bisher über die Psychologie des Rechnens gelehrt haben. Gegenüber seinen eigenen Fällen verwandte *P.* eine bestimmte Untersuchungsmethodik. Jeder Verletzte mußte zuerst zählen und das Einmaleins mit 2 oder 5 aufsagen. Die Leistung wurde als ein höchst mechanisierter Vorgang des Reihensprechens erkannt, der mit dem Ziffern-, Zahlen- und Rechenverständnis nichts zu tun hat. Darnach mußten die Kranken bestimmte Zahlen lesen, nachsprechen, kopieren und nach Diktat schreiben und Aufgaben aus den vier Grundarten des Rechnens lösen. Die Resultate und die benötigte Zeit, letztere mittels Fünftelsekundenstoppuhr gemessen, wurden notiert. Weiter wurde sowohl die Merkfähigkeit für Worte, als auch die für Zahlen durch besondere Versuche ermittelt, sowohl bei akustischer als bei visueller Darbietung der Aufgabe. Endlich wurde den Versuchspersonen zu rein optischer Einprägung ein Ziffernkarree von neun Ziffern in drei Reihen vorgelegt. Die optische Vorstellung von Zahlen und geometrischen Gebilden und die allgemeine Konzentrationsfähigkeit wurden besonders geprüft. Die Ergebnisse führen *P.* zu folgenden Schlüssen: „Es besteht ein funktionelles Verhältnis zwischen der Rechenfähigkeit und dem optischen System, so daß man annehmen muß, daß das Rechnen bei allen Menschen, selbst wenn sie nicht einem ausgesprochen visuellen Typus angehören, visuell gestützt ist. Das Gestaltsvorstellungsvermögen ist nicht immer parallel zur Rechenfähigkeit gestört. Man muß also annehmen, daß beide Fähigkeiten nicht fest miteinander verkuppelt sind; auch die Erfahrung, daß gute Mathematiker schlechte Kopfrechner sind, spricht dagegen. Es folgt aber auch daraus, daß, falls Störungen des Gestaltsvorstellungsvermögens festgestellt werden, nicht sofort Rückschlüsse auf optische Störungen anderer Art gemacht werden dürfen. Es besteht der Eindruck, als wenn im optischen Gebiet eine große Differenzierung stattgefunden hat. Es lassen sich Störungen des Ziffern- und Zahlenbegriffes nachweisen. Die Rechenstörungen machen sich als Verlangsamung des Rechnens geltend und durch falsche Resultate. Die Verlangsamung kann zurückgeführt werden auf eine Störung des Auffassungsvermögens, der Merkfähigkeit, der Konzentrationsfähigkeit, der Überschaubarkeit (gemeint ist natürlich der Fähigkeit, Ziffern und Zahlen zu überschauen! der Ref.) und des Zahlengedächtnisses. Durch die gleichen Ursachen wird auch das Rechenergebnis beeinflußt."

M. Reichardt (27) hat seine schon im Vorjahre erwähnten Anschauungen über die Seele ausführlicher dargelegt. Er stellt die Seele, „das gewissermaßen im Menschen lebende Einzelwesen" als „eine außerpsychische, vorpsychische, unmittelbare Zentralfunktion" scharf dem durch unmittelbare Erfahrung gegebenen, dem Psychischen gegenüber. In dieser Grundanschauung, die sich darüber klar ist,



daß sich aus allen seelischen Erlebnissen zusammen das einheitliche Ich nicht aufbauen läßt, daß vielmehr die Zusammenfassung der Elemente zu Wahrnehmungen, das Denken von Gegenständen, das Affiziertwerden und Wollen eine Persönlichkeit voraussetzen; ja, daß in allem dem die Unterscheidung von Ich und Nichtich zum Ausdruck kommt, liegt der psychologisch wertvolle Kern von *R.*s Darlegungen. Man könnte nur bezweifeln, ob das ursprüngliche Ich dem durch unmittelbare Erfahrung Gegebenen in der Weise, wie es *R.* tut, entrückt werden darf. Denn darnach könnte es nur ein Erschlossenes sein, und das scheint doch nicht zuzutreffen. Vielmehr erleben wir es in jeder Wahrnehmung, die eben „unsere" Wahrnehmungen sind, in jedem Gefühl und in jeder Gemütsbewegung, in denen das so oder so erregte Ich sogar unmittelbar Erlebnisinhalt ist, in jedem Streben, in dem wir wiederum unser Ich in nicht mißzuverstehender Weise haben. Nicht, daß es außerhalb der unmittelbaren Erfahrung liegt, kennzeichnet das Ich, sondern daß es uns nicht entgegentritt, sondern erlebt wird. Der psychologischen Einteilung in Zentralstelle (= Ich) und Reich der psychischen Erscheinungen stellt nun *R.* die anatomische in Hirnstamm und Hirnrinde gegenüber und denkt sich die wesentlichen Funktionen des Ich (Aktivität, Selbstdirektion, Gefühle, Aufmerksamkeit, Triebe) an den Hirnstamm, Wahrnehmungen, Gedächtnis, Assoziation an die Hirnrinde geknüpft. Ob sich die Seele derart in ein kleines Hirnstück einsperren läßt, und, wenn das wirklich der Fall sein sollte, ob dann gerade der Hirnstamm als das Lokalisationszentrum des lebenden Einzelwesens in Anspruch genommen werden kann, ist ja keine psychologische Frage, man wird aber beides füglich bezweifeln dürfen.

Auch *O. Kohnstamm* (16) behandelt auf Grund der Ergebnisse, welche verschiedenen Versuchspersonen, namentlich aber einer zu psychologischer Selbstbeobachtung zweifellos sehr befähigten, kurz P. genannten, die „hypnotische Selbstbesinnung" geliefert hatte, grundlegende Fragen, wie die nach Wesen und Struktur des Ich (dessen wache und bewußte Tätigkeit durch Zusammenfassung der differenzierten Leistungen durch die „Ich-Konzentration" zustande kommt und durch das „Ich-Wollen" gegenüber den durch Ausschaltung der Ichkonzentration zutage tretenden und durch „Gehirnwollen" gekenneichneten Formen des Unterbewußtseins — dem „erlebenden" und dem „tiefsten" Unterbewußtsein — charakterisiert wird). Erörterungen über das Wesen der Suggestion und Hypnose, der psychogenen Störungen, insbes. der Hysterie und der sogen. Schizothymie, über das Verhältnis von Schlaf und Hypnose, über Ethos und Logik in den verschiedenen Bewußtseinszuständen, über männliches und weibliches Seelenleben und noch vieles andere schließen sich an und werden in der geistreichen Art des Verf. dargelegt. Der Stoff ist viel zu umfangreich und vielgestaltig, als daß hier auf seine Einzelheiten eingegangen werden könnte. Neben allgemein angenommenen Anschauungen trifft man auf verblüffend neue und persönliche, und ich möchte als solche vor allem die Behauptung von den Mehrleistungen des Unterbewußtseins und *K.*s psycho-physiologische Lokalisation erwähnen. Mehr aber als an einzelnen Sätzen wird die Kritik Anstoß nehmen müssen an der Methode, auf deren Ergebnisse hier so weittragende Folgerungen gebaut werden. „Die hypnotische Selbstbesin-

nung" ist eine Tätigkeit der Versuchspersonen, meistens Kranker, die nach Ausschaltung der „Ich-Konzentration" durch fremde oder eigene (Selbst-)Hypnotisierung bzw. durch willkürliche Einstellung, die natürlich einen der Hypnose gleichzuachtenden Zustand schafft, geleitet wird. Diesen Zustand schildert P. folgendermaßen: „. . . . Bild reihte sich an Bild, es bedurfte gar keines Nachdenkens, alles zog wie bei einem Kaleidoskop bunt an mir vorüber, aber doch in einer gewissen Reihenfolge. Ich fand alles so selbstverständlich, was ich bewußt innerlich erlebte, so klar, als ob ich mich schon jahrelang mit diesem Problem beschäftigt hätte . . . ." Das scheint mir der Zustand der Pythia zu sein, die ihre Weisheit bekanntlich auch im Trancezustand von sich gab, und hier wie dort werden sehr gläubige Personen in solchen Äußerungen etwas Verbindliches sehen. Das Wahre, das sie oft genug trotzdem enthalten mögen, kann nur aus der vorhypnotischen Erfahrung und dem Denken unter voller „Ich-Konzentration" stammen. Und daß ein Sachverhalt im hellsten Lichte der wachen Seele erschaut, geprüft und als bewährt gefunden wurde, das verlangen wir wohl auch mit Recht von allen Einsichten, die wir als wissenschaftliche gelten lassen sollen.

Löwy (23) sieht das Unterscheidende zwischen dem Bewußtseinszustand der Hypnotisierten und dem Wach- und Schlafzustand (aus dem Ref. nicht recht klar gewordenen Gründen) vor allem in seiner „Experimentierfähigkeit". Sie entspringe aus der normalen „Gläubigkeit" und „Gehirngefügigkeit" (*Bernheim*), in der Regel unter dem Einfluß verbaler oder durch „Signale" gegebener Suggestionen [„Unwirksammachung gewisser retardierender, zusammenfassender und regulierender, sonst kritisch wirksamer, für die Situationsbeurteilung, die Bewußtseinsklarheit und das Persönlichkeitsbewußtsein wichtiger Funktionen und die Ausschaltung (Nichtaktualisierung) des potentiellen Wissens"]. Treffen wir den Sachverhalt nicht besser, wenn wir das Kennzeichnende des hypnotischen Zustandes eben in der Einengung und Hinlenkung der seelischen Kraft auf wenige — und in der Regel vom Hypnotiseur bezeichnete — Vorstellungen selbst erblicken, wodurch dann die „Experimentierfähigkeit" sich als Spezialfall der Energieerhöhung verstehen läßt, welche die wenigen angeregten und gestalteten seelischen Erlebnisse erfahren? Daß bei der Herbeiführung dieser Veränderung des Bewußtseinszustandes die Einfühlung der Versuchsperson in die Ausdrucksbewegungen des Hypnotiseurs (Signale, Gebärden, Tonfall usw.) eine bedeutsame Rolle spielt und mithilft, den Rapport herzustellen zwischen Hypnotisierendem und Hypnotisierten, wird von *L.* mit Recht betont. *L.* führt sie auf unter Umständen gesteigerte „Impressionabilität" zurück.

Die Vorgänge, die den Suggestionserscheinungen und verwandten Phänomenen zugrunde liegen, sind meist viel komplizierter, als die Ausdrücke, mit denen wir ganze Tatsachenkomplexe decken (z. B. „Experimentierfähigkeit") erkennen lassen. Im besonderen Fall der spontanen Nachahmung tut das *K. v. Hoeßlin* (4) dar. In den spontanen Nachahmungen des täglichen Lebens, in der durch Ähnlichkeit bedingten Reproduktion analoger Vorstellungen, in der Übertragung musikalischer Empfindungen in Tanzbewegungen, im Zwang, der den Künstler zum Nachbilden von Gegenständen bewegt, in gewissen Massensuggestionen (Begeiste-



rung, Panik) sieht *H.* überall den Ausdruck eines „Gesetzes des spontanen Wiedertuns“. In all diesen Fällen ist das Erregende nicht der assoziative Komplex der Empfindungs- und Vorstellungselemente, sondern ihre durch formale Synthese gewonnene reine formale Gestalt. Diese „außersinnliche“, „suprasensuelle“, individuell eigenartige Gestalt hat die Tendenz, „Empfindungselemente bzw. Vorstellungselemente ins Leben zu rufen, die geeignet sind, als stofflicher Gegenstand diese formale Gestalt zu verkörpern, selbst dann, wenn diese Vorstellungskomplexe niemals vorher in diesem Zusammenhange erlebt worden sind“. *H.*s Auffassung erklärt so verschieden anmutende Tatbestände wie die der noch gelegentlich auf Ähnlichkeitsassoziation zurückgeführten Akphorie und der Stigmatisation als wesensverwandt und weist, wie mir scheint, auf ein auch für die Pathologie bedeutungsvolles Gesetz des seelischen Geschehens hin.

Ausgehend von eingehenden Beobachtungen an einer 54-jährigen Kranken stellt *A. Pick* (26) eine psychologisch hochinteressante Beeinflussung des Denkens und Handelns durch das Sprechen fest, deren wesentliche Merkmale er folgendermaßen zusammenfaßt: „Bei volkommen klarem Bewußtsein und auch sonst in keinem Teil formal gestörtem Denkverlaufe kommt es meist im Anschluß an den falschen Gebrauch einer Bezeichnung infolge Versprechens, gelegentlich aber auch durch die vom Mitunterredner gebrauchte falsche Bezeichnung eines Gegenstandes zu einer Fälschung der Auffassung desselben und davon aus zu einer dieser Auffassung entsprechenden, demnach also falschen Verwendung dieses Gegenstandes, zu einer Dyspraxie. Diese muß, weil es sich dabei einesteils um eine auf dem Wege des Denkens zustandegekommene Störung, also ideatorische, andererseits um eine Apraxie handelt, die keine primäre, sondern von dem durch das Sprechen gefälschten Denken aus erst veranlaßte ist, als pseudoideatorische Apraxie bezeichnet werden.“ Im Anschluß an neuere sprachpsychologische Arbeiten von *H. Gomperz* und *O. Dittrich* weist *P.* nun darauf hin, „daß das Gesprochene nicht etwas Einheitliches darstellt, vielmehr in verschiedene Elemente zerfällt, von denen ..... die Aufmerksamkeit so gefesselt werden könnte, daß die zwischen Redner und Zuhörendem nicht übereinstimmende Auseinanderhaltung dieser Elemente zu Erscheinungen führen kann, wie sie hier beobachtet worden sind. Als solche Elemente der lautsprachlichen Aussage unterscheidet *Gomperz* folgende fünf: 1. die Aussagelaute, 2. den Aussageinhalt, 3. die Aussagegrundlage, 4. die zwischen diesen drei ersten Aussageelementen bestehenden Relationen der Auffassung und der Bezeichnung der Aussagegrundlage und des Ausdruckes des Aussageinhaltes, 5. die zwischen ausgesagtem Sachverhalt und Aussage bestehende Relation der Bedeutung. In besonderen Fällen, wie auch in dem von *P.* untersuchten, wird die Aussagegrundlage durch den Aussageinhalt als Gegenstand aufgefaßt, der ausgesagte Sachverhalt heißt „eine Sache, die Aussage selbst der Begriff, die Aussagelaute der Name, der Aussageinhalt das begriffliche Wesen oder die Essenz dieser Sache“. Durch Verwechseln dieser Elemente (inbes. infolge irrtümlich orientierter oder falsch verteilter Aufmerksamkeit, daher sowohl bei organisch und durch Übermüdung wie bei psychologisch bedingten Störungen) können nun Störungen in den Beziehungen zwischen Sprechen und

Denken und schließlich Störungen des Handelns zustande kommen. Indem *P.* die Grundstörung in einer mangelhaften oder fehlerhaften Leistung der Aufmerksamkeit sucht, stellt er Beziehungen zwischen den soeben mitgeteilten Beobachtungen und zum Teil schon früher von ihm mitgeteilten her, die zwar auch andere seelische Funktionen (Sehen) betreffen in ihrem Wesen sich aber als verschiedene Formen von Denkstörungen darstellen.

J. Berze (3) setzt sich mit *Heverochs* Kritik seiner Theorie des Beziehungswahnes des Paranoikers und mit *Picks* Auffassung über den gleichen Gegenstand auseinander und kommt in einem Punkte zu einer Abänderung seiner eigenen früher geäußerten Anschauung. Er sieht die Grundlage der genannten Wahnbildung „in einer Störung des Wahrnehmungsvorganges, welche es mit sich bringt, daß den Ergebnissen der unvorbereiteten Wahrnehmung („Apperzeption bei zuvor passiver Bewußtseinslage“ oder kurz „passive Apperzeption“ *Wundt*) ein pathologischer Akzent anhaftet, der eben die Deutung des Wahrgenommenen im Sinne des Beziehungswahnes bringt“. Er meint die Störung genauer als eine Erschwerung des Wahrnehmungs**vorganges** und als eine Verminderung der Apperzeptions-**Bereitschaft** fassen zu können. Der gestörte Vorgang wird dem Kranken in unlusterregender Weise fühlbar, ist mit einem intensiveren „Gefühl des Erleidens“ verbunden, das der Kranke aber nicht „als ein rein subjektives Ergebnis der Wahrnehmungsstörung“ erkennt, dessen Grund er vielmehr in dem wahrgenommenen Außenvorgang sucht. Diese Pathogenese soll freilich nur für die der Dementia paranoides zugehörigen Fälle gelten, nicht für andere, insbes. nicht für jene Fälle, in denen sich eine primäre Affektstörung nachweisen läßt. Die Gruppe von Paranoikern, die *B.* im Auge hat, sind infolge ihrer Apperzeptionsschwäche mit einer primären Zerstreutheit behaftet, die von der sekundären Zerstreutheit, die als Folge einer Konzentration auf Wahnideen eintritt, scharf zu unterscheiden ist. Zu diesen sekundären Erscheinungen gehöre auch die fast allzu scharfe Erfassung selbst unbedeutender Umstände, die *Heveroch* dem Paranoiker schlechtweg zuzuschreiben scheine und die er gegen die Annahme einer ungenügenden Apperzeption ins Feld führt, obwohl sie doch erst dem „perfekten Paranoiker“ eigen sei. Dagegen gibt *L. Heveroch* zu, daß er in seinen früheren Darlegungen (1903) zu sehr das Unlustmoment im Gefühl des Erleidens betont, das des passiven Erlebens zu wenig hervorgekehrt habe. Doch steigere sich zweifellos mit dem letzteren auch immer das erstere: auch beim plötzlich auftretenden angenehmen Inhalt werde es ja nur von dem am **Inhalt** hängenden Lustgefühl übertönt, sei aber im Erlebtwerden des unerwarteten **Vorganges** enthalten. Der Paranoiker kommt durch den dem Wahrnehmungsvorgang entstammenden pathologischen Akzent zu einer falschen Bewertung des Wahrnehmungsinhalts. Übersehen, wie *Heveroch* meint, hat *B.* diese — also wiederum sekundäre — Störung der Wahrnehmungsbewertung nicht.

Heveroch geht bei seinem eigenen Erklärungsversuch des Beziehungswahnes trotz zuerst richtiger Darstellung des psychologischen Sachverhaltes zu sehr von der Tatsache aus, daß der Kranke einen kausalen oder finalen Nexus findet, wo er nicht existiert; er ignoriert die höchst wichtige Tatsache, daß die kausale bzw.



zweckhafte Beziehung in einer ganz bestimmten Richtung, nämlich im Sinne der Eigenbeziehung gestört ist. Das Problem des Beziehungswahnes ist also für *Heveroch* nichts als „das ins Pathologische übersetzte Problem der Kausalität". Für *Heveroch* ist die Kausalität eine Funktionsform des Ichtums, der Beziehungswahn also Ausdruck eines gestörten Ichtums. Was unter diesem Ausdruck zu verstehen sei, sei nicht recht deutlich. Er werde gelegentlich mit der Seele gleichgesetzt und scheine sich andererseits mit dem „unmittelbar erlebten Ich" im Sinne von *Lipps* nahe zu berühren. Unmittelbar erlebtes Ich und die zu diesem Ich als Substrat hinzugedachte Seele sind aber scharf zu unterscheiden. Ein andermal heiße das Ichtum „das zentrale Prinzip". Bei dieser Unsicherheit des Begriffs müsse gefragt werden, ob das Ichtum überhaupt gestört werden könne. Dazu komme, daß *Heveroch* dem Ichtum nicht nur die Kausalität als Funktion, die freie Entscheidung darüber zuschreibe, ob in einem besonderen Falle „das Zeichen der Kausalität oder Finalität zu setzen sei". Er übersehe also, daß wir bei dieser Entscheidung ganz an die Erfahrung gebunden sind. Dadurch eben verkennt er, daß es sich beim Beziehungswahn nur um eine Irreführung des Ich durch Erfahrungsinhalte, aber niemals um eine Störung des Ichtums handeln kann.

Hevérochs Ausführungen bewegen sich dem Gesagten zufolge größtenteils auf philosophischem Gebiet; *Pick* dagegen sucht ein Verständnis des Beziehungswahnes wieder auf rein psychologischem Wege. Er sieht das Kernproblem der Eigenbeziehung in dem Umstande, daß der Kranke in Vorgängen der Umwelt „Zeichen" sieht und „Bedeutungen" merkt, die alsbald für ihn selbst Beziehungen erlangen, daß einfach „mitteilende" Zeichen zu „interesseheischenden", zu „Emotiven" werden und zwar dadurch, daß ein Affektzustand des Kranken das Urteil über die Beziehungen zwischen Zeichen und Gemeintem trübt und in bestimmter Richtung beeinflußt. Der Affekt beseitigt für den Kranken den Unterschied zwischen einfach mitteilenden und interesseheischenden Zeichen; er macht die objektive Reaktion zur subjektiven Stellungnahme; er betont die sonst nicht beachteten Beziehungen bei den finalen Zeichen; er läßt dem Kranken die Dinge verändert erscheinen und läßt ihn hinter ihnen etwas suchen usw. Wie es kommt, daß der Kranke in allem oder vielem Zeichen sieht, hat *P.* nicht weiter untersucht. Als Affekt, der aus dem Zeichensehen das Sehen interesseheischender Zeichen und die Eigenbeziehung werden läßt, kommt nach der Meinung der Autoren gespannte Erwartung oder Mißtrauen in Frage. *B.* betont nun, daß das Mißtrauen nicht zu den psychischen Gebilden gehört, die in ihren wesentlichen Bestandteilen aus Gefühlen bestehen, daß es vielmehr erst durch seinen intellektuellen Gehalt und durch die mit diesem gegebene Tendenz zu dem werde, was es ist, daß es also in strengerem Sinne gar kein Affekt ist. Und damit reduziert „sich diese Theorie im Grunde auf die nichtssagende Konstatierung, daß die Eigenbeziehung dann eintrete, wenn die Tendenz zur Eigenbeziehung gegeben sei". Sie aber — dieses intellektuelle Moment — soll ja gerade erklärt werden. Der Affekt mag dann als ein die schon gebildete Eigenbeziehung fördernder und ihre Korrektur erschwerender Faktor zu seinem Rechte kommen. Auch das Mißtrauen des Paranoikers, soweit mit diesem Ausdruck überhaupt ein affektives Moment gemeint ist, knüpft erst



an die mehr oder weniger wiederholte, vorausgegangene Erweckung des Mißtrauens an. Ein primärer Affekt ist bei der Paranoia nicht erwiesen. (Merkwürdigerweise unterläßt es *B.*, auch an dieser Stelle wiederum die Frage aufzuwerfen, ob denn die den Theorien zugrunde liegenden Fälle klinisch unter ein und denselben Paranoiabegriff fallen.) Der primäre Charakter kommt aber zweifellos der von *B.* hervorgehobenen Apperzeptionsstörung zu. An ihrer Bedeutung hält *B.* noch heute fest, nur den Weg, auf dem sie zur Eigenbeziehung führt, denkt er sich jetzt als weniger einfach als im Jahre 1903. Zunächst möchte *B.* heute der Unsicherheit der Erfassung des Wahrnehmungsgegenstandes, die sich aus der Apperzeptionserschwerung ergibt, und die wie das gesteigerte Gefühl des Erleidens und der Unlust wiederum auf den Gegenstand der Wahrnehmung übergeht (diesen z. B. seltsamer, rätselhafter erscheinen läßt), heute eine größere Bedeutung in der Genese der Störung zuzuschreiben. Es wird etwa an den Wahrnehmungen fürs erste nur etwas ganz Undefinierbares auffällig. Über dessen Wesen und Bedeutung macht sich der Kranke verschiedene Annahmen. Immer mehr festigen sich unter diesen solche, daß das Wahrgenommene für den Kranken etwas zu bedeuten habe und daß dies nichts Gutes sei. Die häufige Wiederholung solcher Erlebnisse und Überlegungen befestigt die anfangs noch als Vermutung erkannte Deutung zu einem mehr oder minder fest begründeten Wissen. Alle Erfahrungen des Kranken passen bald so gut zusammen, daß er über ihre Bedeutung nicht mehr im Zweifel sein kann. Gefühlsmomente spielen in diesem Prozeß eine nicht zu leugnende Rolle, der eigentlich wirksame Bestandteil ist der intellektuelle Faktor.

Die Bedeutung aller jener Momente, aus deren Zusammenwirken sich die für eine Persönlichkeit oder einen Zustand charakteristische Art und Stärke des Selbstwerterlebens ergeben, braucht vor psychiatrischen Lesern gewiß nicht betont zu werden. Wir sind im konkreten Falle vorläufig, vielleicht für immer, gezwungen, sie intuitiv zu erfassen und pflegen sie zumeist in etwas grober Weise nach der Richtung des gehobenen oder verminderten „Selbstgefühls“ zu sondern.

*Storch*s Arbeit (35) gibt nun zwar auch kaum mehr als einen Überblick über das dem Selbstwerterleben zugrunde liegende Tatsachengebiet, ist aber doch recht geeignet, uns die Breite und Vielgestaltigkeit des hier tatsächlich Vorkommenden und zu Beachtenden darzutun. Er unterscheidet zunächst von der Selbstwerthaltung, d. i. dem konstitutionellen Selbstwerterleben, das aktuelle Selbstwerterlebnis und bespricht ihre Motivationen bzw. Kausationen; er versucht sodann die hauptsächlichen Typen der Selbstwerthaltung zu skizzieren (Selbstwerterfülltheit, -sicherheit und ihre Gegensätze; selbstwertempfangender und wertvergleichender Typ; Selbstwertsuche und Selbstwertdarstellung); er bespricht die — oft pathologische — Rolle der „Selbstwertbilder“, die sich aufdrängen und Vorzüge oder Fehler, z. B. solche körperlicher Art, häufig übertrieben darstellen; er verbreitet sich endlich über typische Beweggründe zu Selbstwerterlebnissen. Die Ausführungen zeigen, wie ungenügend man dieses Tatsachengebiet mit der Auffassung trifft, daß es sich um Unterschiede des Selbst-„Gefühles“ handle, wie maßgebend neben dem emotionalen Vorstellungsmomente, intellektuelle Vorgänge, Einstellungen, Wertungen usw. sind, und sie sollten uns veranlassen, auch unsererseits durch die grundsätz-



liche Bezeichnung alles auf diesem Gebiet Feststellbaren mit dem weiten Begriff des Selbstwerterlebens zum Ausdruck zu bringen, daß wir uns der Kompliziertheit des hier maßgebenden seelischen Geschehens wohl bewußt sind.

Vielleicht läßt sich gerade an dieser Stelle am passendsten auf die beiden Fragen hinweisen, die *Wilhelm Roux* (28) „an die Psychiater als die Fachmänner, welche die körperlichen Folgen sowohl seelischer wie sichtbarer zerebraler Alterationen ständig vor Augen haben", stellt: Hat die Betriebsseele das Vermögen zu direkten Gestaltungswirkungen? Gibt es eine besondere Gestaltungsseele? *R.* selbst ist überzeugt, daß sich alles tatsächliche körperliche Geschehen restlos erklären läßt nach dem Satze: „Typisch Determiniertes aktiviert gibt von selber typische Produkte". Er sagt: „Es gibt Personen, die sich jahrelang lebhaftest wünschen schön zu werden, die auch ein sehr bestimmtes Vorbild dieser Schönheit, z. B. nach einer anderen Person, in sich tragen und hegen, aber ohne jeden Erfolg". Wäre es anders, dann müßten z. B. auch „Selbstwertbilder" im Sinne *Storchs* ihren Besitzer schöner bzw. häßlicher machen, genauer ausgedrückt: seine tatsächliche Erscheinung der vorgestellten anähneln; denn bei ihnen handelt es sich nicht um ein Verlangen, sondern um die Überzeugung von einer Realisation; dann müßten erst recht gewisse Wahnideen hypochondrischer Art — man denke an den bizarren Inhalt mancher Wahnbildungen von Dementia praecox-Kranken — in entsprechenden körperlichen Veränderungen zum Ausdruck kommen. Die krankhaften Muskelspannungen, katatonischen Haltungen und Stellungen, die abnormen Sekretionen der Drüsen u. dgl. m. wird man allerdings nicht als wahre Gestaltungen gelten lassen können. Sie erfüllen nicht die von *R.* mit Recht gestellten Forderungen, „sichtbare und unsichtbare materielle Bildungen" zu sein, „welche beim bereits entwickelten Lebewesen nach dem Ablauf der einzelnen Funktionsvollziehungen, also im Ruhezustand, noch vorhanden sind, bzw. immer wiederkehren", oder „andererseits Bildungen, welche während der Entwicklung des Lebewesens entweder selber andauern, oder, wenn dies nicht der Fall ist, als Vorstufen weiterer Veränderungen dienen und in diesem Sinne Dauer haben". Sondern sie gehören wie die mit der Funktion verbundenen Änderungen der Muskeln und Drüsen, der Gefäßweite u. dgl. m. zu den „funktionellen Wechselgestaltungen". Gegenüber anderen wahren Gestaltungen, z. B. der Volumzunahme der Muskeln bei vermehrtem Gebrauch, gegenüber den „funktionellen Anpassungen" der Knochen und Bänder muß man sich fragen, ob sie „wirklich von der Seele selber bestimmt werden". Zweifellos sind die maßgebenden Funktionen von der Seele veranlaßt; „Bestimmungsfaktoren" sind aber nur „diejenigen Faktoren eines Geschehens, welche die Art desselben bestimmen"; und das tun die seelischen Impulse, die jene Funktionen und über diese mittelbar die genannten Gestaltungen veranlassen, ganz und gar nicht; sie können ja u. U. durch mechanische, chemische, thermische Reize ersetzt werden; die Art der Funktion aber ist bestimmt durch die ererbten Eigenschaften des sich ändernden Organes selbst, wie die Art des Vogels, den wir durch richtige Zufuhr von Wärme und Sauerstoff ausbrüten, durch die Art des Eies bestimmt ist. Wärme und Sauerstoff hier, seelische Impulse dort sind lediglich „Realisationsfaktoren", keine „Determinationsfaktoren". Wenn Re-



alisationsfaktoren ein Geschehen ins Leben rufen, ohne daß ihre Größe die Größe des letzteren mitbestimmt, so lösen sie das Geschehen nur aus; ist dagegen der Umfang des Geschehens u. a. auch von ihrer Größe mit abhängig, so liegt Reizung vor, und soweit dieses durch seelische Impulse geschieht, haben diese tatsächlich Anteil an den vom Geschehen bestimmten Gestaltungen. Aber dieses Geschehen ist wiederum nur durch die seelischen Impulse aktiviert, nicht bestimmt. (Z. B. Aktivitätshypertrophien und Inaktivitätsatrophien.) Eine im Keime nicht vorher bestimmte und doch wunderbar zweckmäßige Anpassung sehen wir bei der Heilung von Knochenbrüchen in der Strukturänderung der Spongiosa. Sie läßt sich ohne Annahme eines direkt zwecktätig gestaltenden seelischen Vermögens erklären durch zwei ganz apsychische Eigenschaften des Gewebes: durch die Funktion erhalten und bei stärkerer Funktion zum Wachstum veranlaßt zu werden und ohne funktionellen Reiz mit der Zeit zu atrophieren.

Noch schwerer als für die verschiedenen Formen des Anpassungsgeschehens wird man sich tun, für das typische Entwicklungsgeschehen seelische Bestimmungsfaktoren nachzuweisen. Wir wissen heute aus *E. Steinach*s Experimenten, daß wir eine grundsätzliche Verschiedenheit der tierischen Entwicklung, die geschlechtliche, rein organotherapeutisch beeinflussen können und daß sich hierbei nicht an seelische Vorgänge körperliche Veränderungen anschließen, sondern umgekehrt.

Gegen die den Psychologen etwas wundersam anmutenden Ausdrücke „Betriebsseele" und „Gestaltungsseele" soll hier nichts weiter gesagt werden, obwohl sich unschwer zeigen ließe, daß sich in ihnen eine psychologische Grundansicht kundtut, der nicht leichter Geltung zu verschaffen sein dürfte als den biologischen Anschauungen, in deren Dienst diese Namen geprägt sind. Zum Schlusse sei nur noch darauf hingewiesen, daß hinter den von *Roux* kritisierten und zur Nachprüfung empfohlenen Behauptungen der Psychomorphologen natürlich eine im Kern spiritualistische philosophische Überzeugung steckt, die so einseitig ist, wie die von ihnen bekämpfte rein materialistische. *R.* hat beiden mit Goethes Vers, mit dem er seine Ausführungen schließt, wohl das beste Wort entgegengesetzt, das sich sagen läßt.

Julius Wagner (37) kommt auf Grund seiner Versuche zu wesentlich anderen Ergebnissen über das Lesen sinnloser Buchstabenreihen und geläufiger Worte bei momentaner Exposition als *Erdmann* und *Dodge*. Diese hatten gefunden, daß von ersteren höchstens 6—7, bei letzteren dagegen 21 deutlich erkannt werden. Zudem wurden bei geläufigen Wörtern auch alle einzelnen erkannten Buchstaben deutlich gesehen, selbst wenn sie nach beiden Seiten über das durch besondere Versuche bestimmte Gebiet des deutlichen Sehens hinausreichten. Diese Verschiedenheit der Auffassung ist in *W.*s Versuchen nicht zutage getreten, sobald dafür gesorgt wurde, daß die Aufmerksamkeit den ganzen Teil des Gesichtsfeldes umfaßte, in dem die Objekte erscheinen. *Erdmann*s und *Dodge*s Vp. haben bei sinnlosen Reihen ihre Aufmerksamkeit wohl mehr um den Fixationspunkt konzentriert. Daß dennoch ein gewisser Unterschied im Identifizieren von sinnlosen Buchstabenreihen und Wörtern vorhanden ist, muß *W.* auf Grund von Versuchen, die durch Einfügung eines nachfolgenden auslöschenden Reizes eine Erschwerung der Aufgabe



bedeuten, zugeben. Andere erschwerende Bedingungen, nämlich erhebliche Herabsetzung der Beleuchtung und der Expositionszeit, hatten nicht den gleichen Erfolg. Die Erklärung für die bessere Auffassung langer geläufiger Worte durch die Mitwirkung ihrer Residuen, die *Erdmann* und *Dodge* dieser Erscheinung gaben, ist nicht stichhaltig. Ihre Methode, das Gebiet des deutlichen Wahrnehmens festzustellen, ergibt einen zu geringen Umfang. Lange Worte werden auch bei Darbietung in nicht charakteristischer Gesamtform (in Majuskeln und Minuskeln) in allen Teilen deutlich gesehen und identifiziert. Die Gesamtform wirkt nach *Wiegand* bei der Identifizierung von Wörtern in so großer Entfernung, daß kein Buchstabe erkannt werden kann, wohl mit, aber nicht durch Erweckung ihrer optischen Residuen, sondern akustisch motorischer Bilder. Diese Ergebnisse konnten bestätigt werden. Bei Versuchen mit auslöschendem Reiz und mit momentanen Darbietungen im indirekten Sehen zeigte sich keine Wirksamkeit der gröberen Gesamtform. Für eine Wirksamkeit der determinierenden Buchstaben wurden keine Anhaltspunkte gefunden. Eine besondere Untersuchung ergab, daß beim gewöhnlichen Lesen der Umstand, daß während der Auffassung und Fixierung eines Wortes die folgenden schon indirekt gesehen werden, ihre Erkennung erleichtert.

Im Jahre 1910 hatte *Wiersma* den Nachweis zu erbringen versucht, daß die Grundstörung der Epilepsie in einer krankhaften Steigerung der Aufmerksamkeitsschwankungen liege. Diese Auffassung erachten *G. Heymans* und *E. Wiersma* in ihrer gemeinsamen Arbeit (12) für genügend gestützt, was die im eigentlichen Sinne krankhaften epileptischen Erscheinungen betrifft, und gehen darauf aus, ihre Richtigkeit nun auch für den epileptischen Charakter zu beweisen. Zu diesem Zweck legen sie sich die Frage vor, ob die Eigenschaften, deren Komplex den epileptischen Charakter repräsentiert, unter sich und mit jener gesteigerten Labilität der Aufmerksamkeit in besonders enger Korrelation stehen, und sie glauben, diese Frage bejahen zu dürfen auf Grund einer Massenuntersuchung (Enquête), aus der hervorgeht: „daß es innerhalb der Gesundheitsbreite einen zahlreich vertretenen, primär durch Nichtaktivität und Zerstreutheit (nach *H.* und *W.* die Stigmata der Aufmerksamkeits-Labilen) gekennzeichneten Typus gibt, bei welchem sämtliche Züge, welche sowohl das eigentliche Krankheitsbild der Epilepsie wie den epileptischen Charakter zusammensetzen, in der Anlage bereits vollkommen deutlich gegeben sind." Fast ausnahmslos zeigen dabei die intellektuellen Eigenschaften eine stärkere Korrelation mit der Zerstreutheit als mit der Inaktivität, umgekehrt die moralischen eine stärkere mit der Inaktivität als mit der Zerstreutheit. Es scheint also „die Zerstreutheit insbesondere die intellektuelle, die Nichtaktivität dagegen die moralische Minderwertigkeit mit sich zu führen".

Der behandelte Gegenstand birgt eine Reihe von Unterfragen, von denen folgende die wichtigsten scheinen: 1. ist die Grundstörung der Psyche des Epileptikers durch eine Steigerung der Aufmerksamkeitsschwankungen richtig gekennzeichnet? 2. Dokumentiert sich die Steigerung der Labilität der Aufmerksamkeit im Vorstellungsleben wirklich hauptsächlich durch erhöhte Zerstreutheit, im Willensleben hauptsächlich durch Nicht-Aktivität (Trägheit)? 3. Kommt die übermäßige Labilität der Aufmerksamkeit in der angenommenen Form nur



den Epileptikern zu oder kann sie auch als die Grundstörung ganz andersartiger Psychosen nachgewiesen werden? 4. Ist die Beziehung zwischen ihr und den den epileptischen Charakter zusammensetzenden Eigenschaften nicht einfach die des Bedingenden zum psychologisch Bedingten? Frage 1, 2 und 3 gelten den Verf. als in positivem Sinne gelöst, obwohl ihre Bejahung wohl noch problematisch ist. Damit ist aber die Bedeutung der angestellten psychologischen Untersuchung speziell für die Kenntnis der Epileptikerpsyche ebenfalls in Frage gestellt. Sollte Frage 4 ebenfalls zu bejahen sein, worüber ohne spezielle Untersuchung ein sicheres Urteil nicht möglich ist, so wäre das Ergebnis der Versuche eine Selbstverständlichkeit.

Interessantes bringt in gedrängter Kürze ein Aufsatz *Dücks* (8) über „Begriff, Umfang und Ziele der Wirtschaftspsychologie", Spezielleres über „Wirtschaftspsychologisches im Baufach", „Wesen, Grenzen und Ziele der Wirtschaftspsychologie", „Günstige Betriebsführung", „Berufsberatung" und über „Beiträge zur Schaufelfrage" (d. h. zweckmäßigste Gestaltung dieses wichtigen Arbeitsgeräts). Fünf weitere kurze Aufsätze desselben Autors (9). Diese Arbeiten stellen teils theoretische, teils praktische Beiträge zu dem bisher hauptsächlich von *Taylor*, *Münsterberg*, *W. Stern* und *O. Lipmann* bearbeiteten Gebiete der jungen Wirtschaftspsychologie dar. Ihre Hauptaufgaben sind dreifacher Art: die zweckmäßigste Auswahl der psychisch bestgeeigneten Menschen für die einzelnen Wirtschaftsgebiete; die Wahl des für einen bestimmten Menschen bestgeeigneten Berufs (psychologische Berufsberatung); die bestmögliche Gestaltung der psychischen Arbeitsbedingungen in einem Betrieb.

Diese Ziele schweben auch *G. Steiner* vor (33), der die psychologische Berufseignungsforschung für militärische Bedürfnisse nutzbar machen will. Er erinnert daran, wieviel durch psychologische Arbeit für die Auswahl geeigneten Menschenmaterials für militärische Spezialleistungen (Flieger, Kraftfahrer u. a.) schon geleistet wurde und bemüht sich um die Auffindung von Methoden zur rechtzeitigen Erkennung der für den militärischen Dienst schlechthin ungeeigneten Personen. In der Prüfung des psychomotorischen Verhaltens hat er tatsächlich eine zu dem genannten Zweck verwendbare Methode gefunden. Außer interessanten Bewegungsperseverationen und Mitbewegungen, die den Rekruten seinem Vorgesetzten häufig als unbeholfen, ungeschickt, schüchtern und versagt erscheinen lassen, haben diese Untersuchungen die wichtige Tatsache kennen gelehrt, daß zwischen der psychomotorischen Leistungsfähigkeit und der Intelligenz (soweit sie nach positiven Kenntnissen, Urteils- und Kombinationsfähigkeit, nach dem Verhalten der Aufmerksamkeit und nach dem Auffassungsvermögen bemessen werden kann) tatsächlich kein deutlicher Parallelismus besteht. Ein Plus an psychomotorischer Leistungsfähigkeit des Soldaten vermag deshalb ein Minus an (sonstiger) Intelligenz auszugleichen, umgekehrt kann eine schlechte psychomotorische Anlage einen sonst intellektuell gut veranlagten Mann zum Dienst mit der Waffe ungeeignet machen. — So hoch *St.* die psychologische Untersuchung der Rekruten als Hilfsmittel zu ihrer Tauglichkeitsbeurteilung auch einschätzt, so betont er doch mit Recht, daß sie im wesentlichen stets darauf beschränkt bleiben wird, über das

Vorhandensein oder das Fehlen einzelner psychischer Funktionen zu entscheiden, daß aber neben, vielleicht sogar vor solchen für den Wert eines Mannes komplexere seelische Wesenheiten auf dem Gebiete des Affekt- und Willenslebens ausschlaggebend sind, die nicht psychologisch-experimentell faßbar und nur klinisch-psychiatrisch bewertet werden können.

Dessoir (7) unterwirft in seinem Buche die Behauptungen der sogenannten Geheimwissenschaften einer kritischen Betrachtung. Obwohl es der Verf. an Wohlwollen und Geduld nicht fehlen läßt, vermag er unter jenen Behauptungen wissenschaftlich Beweisbares überhaupt nicht, bisher Unerklärliches nur recht wenig zu finden. Dem Ref. will es nicht angebracht scheinen, die fraglichen Dinge so ernst zu nehmen. Bekanntlich stellen sich die Vertreter der „Geheimwissenschaften" zumeist gegen eine Nachprüfung, wie sie die Wissenschaft fordern muß, und behaupten, daß durch solche Zweifel an ihrer Echtheit ihre Geister beleidigt werden. Gut! Sie mögen sich dann aber auch klar darüber werden, daß sie ihre Sache mit dieser Stellungnahme außerhalb dessen stellen, was Wissenschaft heißt.

Alle, die Geschmack an philosophischem Denken finden, möchte ich nachdrücklich auf „die Kritik des Psychologismus durch die moderne Logik und Erkenntnistheorie" verweisen, die *Willy Moog* bringt (24). Sie zeigt uns zu unserem Erstaunen, wieviel Psychologisches selbst noch in der Denkweise der Männer liegt, die den Psychologismus für den Feind der Erkenntnis halten. Die Tatsache zeigt doch wohl, wie natürlich dem Menschen die psychologische Betrachtungsweise ist.

2. Gerichtliche Psychiatrie.

Ref.: Karl Wendenburg-Bochum.

1a. Anhaltspunkte für die militärärztliche Beurteilung der Frage der Dienstbeschädigung oder Kriegsdienstbeschädigung bei den häufigsten psychischen und nervösen Erkrankungen der Heeresangehörigen. Auf Grund von Beratungen des Wissenschaftlichen Senats bei der Kaiser-Wilhelm-Akademie. D. militärärztl. Ztschr. Nr. 21/22, S. 391.

1b. *Asper, Adolf*, Die strafrechtliche Sicherung der Gesellschaft vor gemeingefährlichen verbrecherischen Geisteskranken. Arch. f. Kriminol. Bd. 70, H. 1/2. (S. 27*.)

2. *Becker, L.*, (Berlin), Der ursächliche Zusammenhang von Unfallfolgen. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 19, S. 181 u. Nr. 20, S. 191. (S. 28*.)





3. *Berze* (Klosterneuburg), Die neue Entmündigungsordnung und die Irrenanstalten. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 47/48, (S. 27*.)

3a. *Birnbaum*, *Karl*, Zur Frage der Überlegung beim Morddelikt. Arch. f. Kriminol. Bd. 69, H. 3/4. (S. 25*.)

3b. *Bittinger*, Eine siebzehnjährige Raubmörderin. Arch. f. Kriminol. Bd. 70, H. 1/2. (S. 26*.)

4. *Boas*, *Kurt* (Chemnitz), Zur Kasuistik und Bedeutung der suggestiven Hörigkeit und deren Mißbrauch zu sexuellen Zwecken. Arch. f. Kriminol. Bd. 66, H. 2.

5. *Bürger*, *Leopold* (Berlin), Gerichtliche Medizin und Krieg. Vjhrschr. f. ger. Med. u. öffentl. San.-W. Bd. 56, Suppl. S. 19.

6. *Dyrenfurth* (Marggrabowa), Einige gerichtsärztliche Kriegserfahrungen. Vjhrschr. f. ger. Med. u. öffentl. San.-W. Bd. 56, Suppl. S. 37. (S. 28*.)

7. *Eisenberg*, *Kurt*, Zur forensischen Beurteilung sexueller Delikte im Senium. Inaug.-Diss. Kiel.

8. *Fischer*, *Herm.* †, Die traumatische Apoplexia cerebri vor Gericht. (Sammlung klin. Vorträge von *Döderlein-Hildebrand-Müller*: Nr. 751/52.) Leipzig, J. A. Barth. 51 S. 2,70. Mk.

9. *Flesch*, *Julius* (Wien), Zur Frage der Begutachtung epileptischer Anfälle. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 38, H. 3/4, S. 276.

10. *Forel*, *August* (Chigny), Über die Zurechnungsfähigkeit des normalen Menschen. München, E. Reinhardt. 27 S.

11. *Fränkel*, *Sigmund* (Wien), Praktikum der medizinischen Chemie einschl. der forensischen Nachweise für Mediziner und Chemiker. Berlin u. Wien, Urban u. Schwarzenberg. 448 S. 18 Mk.

12. *Gleuns*, *S. J. M.*, *van*, Die Stellung und das Terrain des Psychiaters im Strafprozeß. Verslag, Vergad. Psych.-jur. Ges. Dez. 1917. Bericht *van der Torren*. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 16, H. 2, S. 198.

13. *Goldscheider* (Berlin), Beurteilung der Dienstbeschädigungsfrage bei Syphilis und ihren Folgen. Sitzungsber. (Zentralkomitee f. d. ärztliche Fortbildungswesen in Preußen, Berlin 27. V. 18 — 27. VI. 18). Deutsche med. Wschr. Nr. 41, S. 1149, Erkrankungen des Nervensystems.

14. *Gregor, Adalbert* (Leipzig), Ärztliche Bewertung der Verwahrlosten. Med. Klin. Nr. 5 u. 6. (S. 28*.)

15a. *Haškovec, Ladislav*, Der Kampf mit Verbrechertum, Prostitution und Selbstmord der Kinder. Čas. česk. lék. (Böhmisch.)

15b. *Henneberg, R.*, Zur Irrengesetzgebung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 46, H. 3, S. 121. (S. 27*.)

16. *Hoche, A.* (Freiburg i. B.), Das Berufsgeheimnis des ärztlichen Sachverständigen. Arch. f. Psych. Bd. 58, S. 599.

17. *Hübner, A. H.* (Bonn), Versuche und Beobachtungen zur Simulationsfrage. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 60, H. 1—3.

18. *Jörger, Joh. Ben.* (Zürich-Burghölzli), Über Dienstverweigerer und Friedensapostel. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 43, H. 1/2, S. 117. (S. 28*.)

19. *Kade, Carl* (Geh. Justizrat, Berlin), Die Zurechnung von Straftaten, die im alkoholischen Dämmerzustande begangen werden. Vjhrschr. f. ges. Med. u. öffentl. San.-W. Bd. 56, Suppl., S. 131. (S. 27*.)

20. *Kolk, J., van der*, Psychiatrische Wirksamkeit im Dienste der Justiz. Psych. en neurolog. Bl. Festbändchen, S. 437.

21. *Kornfeld, Siegmund* (Wien), Psychologie der moral insanity. Deutsche med. Wschr. Nr. 50, S. 1391.

22. *Kronecker* (Geh. Justizrat, Charlottenburg), Die Unterbringung des Angeschuldigten in eine Irrenanstalt zwecks Untersuchung seines Geisteszustandes. Vjhrschr. f. ges. Med. u. öffent. San.-W. Bd. 56, Suppl., S. 136.

22a. *Kretschmer, Ernst*, Die Gesetze der willkürlichen Reflexverstärkung in ihrer Bedeutung für das Hysterie- und Simulationsproblem. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 41, H. 4/5. (S. 26*.)

23. *Krüll, Max* (Düsseldorf), Die strafrechtliche Begutachtung der Soldaten im Felde. Vortrag. Berl. klin. Wschr. Nr. 24, S. 571.

24. *Lehmann, K.* (Düsseldorf), Die Unwahrhaftigkeit. Versuch einer Studie zur gerichts-psychologischen Wertung der Aussage mit besonderer Berücksichtigung von Krankheit und Rentenkampf. (Für Ärzte, Juristen, Versicherungsbeamte und Be-



rufsgenossenschaften.) Berlin, R. Schötz. 77 S. 3,75 Mk. (S. 26*.)

24a. *Lelewer, Hans*, Ein Fall von Transvestitismus mit starkem Abbau von Ovarium im Blutserum. Deutsche med. Wschr. Nr. 18. (S. 27*.)

25. *Leppmann, A.* (Berlin), Ein Mörder. Kriminal-psychologische Betrachtung. Vjhrschr. f. ges. Med. u. öffentl. San.-W. Bd. 56, Suppl., S. 165. (S. 25*.)

26. *Loeb, S.* (Ahrweiler), Dienstverweigerung aus religiösen Gründen und ihre gerichtsärztliche Begründung. Psych.-neurolog. Wschr. Nr. 29/30, S. 191.

27. *Loewenthal, S.* (Braunschweig), Über Dysbulie. Ein Beitrag zur Simulationsfrage. Med. Klin. Nr. 14, S. 341.

28. *Lund, David*, Über die Ursachen der Jugendasozialität. Kriminal-psychologische und soziale Forschungen mit Einschluß der Familienforschungen in Schweden. Upsala. 362 S.

29. *Marcuse, Harry* (Berlin), Zur psychologischen Unterscheidung von Hysterie und Simulation. Med. Klin. Nr. 9 u. 10. (S. 26*.)

30. *Marx, Hugo* (Gerichtsarzt in Berlin), Das Gesetz des kürzesten Weges. Ein kriminalphilosophisches Vorwort. (Vgl. Arch. f. Kriminol. Bd. 68, H. 3/4.) Vjhrschr. f. ges. Med. u. öffentl. San.-W. Bd. 56, Suppl., S. 217.

31. *Mayer, Wilhelm* (Heidelberg), Über Simulation und Hysterie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 39, H. 4/5, S. 315. (S. 25*.)

32. *Meyer, Werner*, Ein Beitrag zur Lehre von der forensischen Beurteilung sexueller Delikte. Inaug.-Diss. Kiel.

33. *Mezger, Edmund* (Tübingen), Der psychiatrische Sachverständige im Prozeß. Arch. f. d. Civil. Praxis, Beil.-H. z. Bd. 117. Tübingen, Mohr. 203 S. 8,40 Mk. (S. 24*.)

34. *Moeli, C.* (Berlin), Die Berücksichtigung der geistigen Anomalien durch die Zivilgesetzgebung der Schweiz und Österreichs. Eine vergleichende Übersicht (Anhang: Trunksucht S. 157). Vjhrschr. f. ges. Med. u. öffentl. San.-W. Bd. 56, H. 1, S 97 u. H. 2, S. 259.



35. *Moeli, C.* (Berlin), Die Anstaltsaufnahmen zur Vorbereitung eines Gutachtens über den Geisteszustand eines Angeschuldigten (StrPO. § 81) und zur Feststellung des Geisteszustandes eines Entmündigten (ZPO. § 656) in Preußen. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 37/38, S. 235. (S. 24*.)

35a. *Mohr, Fritz*, (Koblenz), Über die Behandlung der militärisch eingezogenen Blasenkranken. Med. Klin. Nr. 34, S. 831. (S. 28*.)

36. *Niessl v. Mayendorf* (Leipzig), Zur forensischen Beurteilung Hysterischer. Arch. f. Psych. Bd. 59, H. 1, S. 301.

36a. *Rast, Hugo*, Beitrag zur Frage der Versorgung verbrecherischer Geisteskranker. Diss. Bern. (S. 27*.)

37. *Reese, Hans*, Zur forensischen Beurteilung der Geistesstörung im Gefolge von Lues cerebri. Inaug.-Diss. Kiel.

38. *Reiss* (Stuttgart), Gerichtsärztliche Erfahrungen mit geistig Minderwertigen im Heimatgebiet. Med. Korresp. d. Württemb. ärztl. Landesverb. Nr. 43.

39. *Reukauff, H.* (Colditz), Morde und Mörder. 2. Tl. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 39-46.

40. *Schmidt, Wilhelm* (Göttingen), Forensisch-psychiatrische Erfahrungen im Kriege. (Abh. a. d. Neurologie, Psychiatrie, Physiologie und ihren Grenzgebieten.) Berlin, S. Karger. 219 S. 9,80 Mk.

41. *Schneider, Kurt* (Köln), Einige psychiatrische Erfahrungen als Truppenarzt. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 39, H. 4/5, S. 307.

42. *Schultze, E.* (Göttingen), Zur sozialen Bedeutung der Hypnose. Sitzungsber. Med. Klin. Nr. 30, S. 749.

43. *Schultze, Ernst* (Göttingen), Zur sozialen und sanitätspolizeilichen Bedeutung der Hypnose. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 21, S. 201.

44. *Schwarzwald, B.* (Lausanne), Die Kriegsdelikte der Psychopathen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 43, H. 3/5, S. 215.

45. *Siwinski, Boleslav* (Lodz), Experimentelle Untersuchungen über Ermüdung in der Schule. Klin. f. psych. u. nervöse Krankh., hrsg. v. R. Sommer-Gießen, Bd. 10, H. 2.



46. *Stoll*, *H.* (Heydekrug), Ergebnisse psychiatrischer Begutachtungen beim Kriegsgericht. Jur.-psychiatrische Grenzfragen Bd. 10, H. 5. Halle a. S., C. Marhold. 34 S. 1,20 Mk. (S. 28*.)

47. *Stransky*, *E.* (Wien), Das ärztliche Zeugnis. Ein kritisches Nachwort zum Aufsatze: „Der Arzt als Urkundenperson" des Herrn Hofrat Dr. *v. Höpler*, I. Staatsanwalt in Wien. (Österr. Richterztg. Nr. 1.) Wien. med. Wschr. Nr. 11.

48. *Swaep*, *E. J.* (Breda), Psychopathologie und Verbrechen. Ned. Tijdschr. voor Geneesk. no. v. 6. Juli.

49. *Sust*, *Otto*, Ein Beitrag zur Frage: Hysterie oder Simulation? Inaug.-Diss. Jena.

50. *Utitz*, *Emil*, Psychologie der Simulation. Stuttgart, Enke. 100 S. 4 Mk. (S. 26*.)

51. *Wagner v. Jauregg*, *J.* (Wien), Späte Charakterveränderung mit Auftreten eines paranoiden Zustandes, Mord an einem Kinde, wahrscheinlich in pathologischer Alkoholreaktion. (Gutachten der Wiener med. Fakultät.) Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, H. 1, S. 1.

Eine sehr eingehende Darstellung der psychiatrischen Sachverständigentätigkeit vom Standpunkt des Juristen gibt *Mezger* (33). Er legt den Nachdruck dabei auf eine nähere Bestimmung der Verhältnisse der Sachverständigentätigkeit zur richterlichen Tätigkeit. Sein Buch gliedert sich in vier Abschnitte. Der erste umfaßt den Begriff und die Aussagen des psychiatrischen Sachverständigen, der zweite handelt vom psychiatrischen Sachverständigengutachten als prozessualer Tatsachenfeststellung, der dritte vom Sachverständigengutachten als prozessualer Tatsachenbewertung. Der vierte Abschnitt beschäftigt sich mit der richterlichen Verwertung und Nachprüfung des psychiatrischen Sachverständigengutachtens durch die Instanzen und den Revisionsrichter. Wie schon im Anfang des Referats bemerkt wurde, gibt das Buch nicht sowohl Anleitung zur praktischen Sachverständigentätigkeit als vielmehr juristische Ausführungen über die Stellung des Sachverständigen im Recht, sein Verhältnis zum Richter und über die Befugnis als psychiatrischen Sachverständigen. Es ist deshalb für den Psychiater von großem Interesse und auch hinsichtlich mancher Standesfragen lesenswert. Nichts ist für die praktische Tätigkeit als Sachverständiger wichtiger als, daß der zum Gutachter berufene Arzt neben genügenden medizinischen Kenntnissen auch hinlängliche Bekanntschaft mit den Gesetzen und den Prozeßordnungen besitzt.

Nach *Moeli* (35) stieg die Gesamtzahl der Aufnahmen in den Irrenanstalten nach § 81 StPO. in der Zeit von 1895—1905 von 255 auf 457 jährlich durchschnittlich. Seit 1908 trat dann eine gewisse Stetigkeit ein. Die Anstaltsaufnahmen



stiegen von da ab bis 1914 nur von 577 auf 613 jährlich. Von den 5228 Erwachsenen, die im Jahre 1906—14 eingeliefert wurden, waren 11 % weiblichen Geschlechts. Die weiblichen Aufnahmen waren zahlreicher in den östlichen, niedriger in den westlichen Provinzen. Von 5380 Aufnahmen waren 2,77 % Jugendliche. Sie wurden am häufigsten in den östlichen Provinzen zur Begutachtung gebracht. Zwischen der Kriminalitätsziffer, d. h. dem Verhältnis der Verurteilungen zu 100 000 der strafmündigen Bevölkerung steht die Zahl der zweifelhaften Geisteszustände und der Einweisung in öffentliche Anstalten gemäß § 81 überhaupt nicht in Verbindung. Sie entsprach auch nicht der wesentlich steigenden Aufnahmeziffer der öffentlichen Anstalten, sondern blieb wesentlich hinter ihr zurück.

In den einzelnen Provinzen zeigten sich im ganzen nur geringe Schwankungen. Während in den Jahren 1898—1900 mehr als zwei Drittel der erstatteten Gutachten den § 51 als vorliegend ansah, sank die Zahl der positiven Gutachten allmählich auf unter die Hälfte der überhaupt erstatteten Gutachten. Im Kriege sank die Zahl der Beobachtungen. Die Zahl der aus § 656 ZPO. Eingewiesenen war wesentlich geringer, durchschnittlich nur 45 jährlich. Auch hier zeigte sich im Kriege ein deutlicher Rückgang der Aufnahmezahlen.

Birnbaum (3a) beschäftigt sich an der Hand eines Mordfalles mit der Frage der Überlegung im Sinne des § 211 StGB. und grenzt sie besonders gegenüber der freien Willensbestimmung ab.

An der Hand der Beobachtungen, die er bei einem der Simulation verdächtigen Mörder gemacht hat, zeigt *A. Leppmann* (25), daß die sechswöchige Beobachtungszeit des § 81 StPO. oft nicht genügt, um das Für oder Wider des Vorhandenseins eines krankhaften Geisteszustandes zu entscheiden. Bei Feststellung krankhafter Seelenzustände kommt man am weitesten, wenn man jede Täuschungshandlung vermeidet. Der Fall zeigt ferner, daß der Richter in verwickelten Fällen einen Kriminalpsychologen als Helfer für seine Arbeit braucht und dies muß der psychiatrische Sachverständige sein. Außerdem zeigt der Fall, daß ein schwerer, raffinierter und erbarmungsloser Verbrecher durchaus nicht immer ein geborener Verbrecher zu sein braucht, sondern daß auch der äußere Zufall Leute bei geeigneter minderwertiger Anlage auf die Bahn des Verbrechens drängen kann. Der Mörder suchte Starrsucht vorzutäuschen. Diese Vortäuschung wurde ihm durch eine Eigentümlichkeit seines Naturells erleichtert, indem er früher schon oft von auffallender Schweigsamkeit gewesen war. *A. Leppmann* kam zu dem Gutachten, daß der § 51 nicht in Frage käme und es gelang ihm sogar von dem Mörder das wichtige Geständnis zu erreichen, daß er seine Starrsucht simulierte.

Mayer (31) schildert das Verfahren der Untersuchung von Simulation und Hysterie und faßt das Ergebnis dahin zusammen: So wenig bestritten werden kann, daß der organisch Verletzte praktisch völlig anders zu bewerten ist wie der Hysterische, so unmöglich erscheint es, die Unterscheidung der Hysterie von der Vortäuschung subjektiven, wertenden Auffassung des Untersuchers zu überlassen. Eine Unterscheidung allein nach der äußeren Form der Symptome ist ausgeschlossen; denn die Symptomformen der Hysterie sind unbegrenzt. Der zentrale,



das ganze Seelenleben erfüllende und durchdringende Krankheitswunsch erfüllt den Hysterischen wie den Simulanten. Mischdiagnosen, die dem Nachweis des Krankheitswunsches ihre Entstehung verdanken, sind theoretisch nicht zu rechtfertigen und praktisch wertlos. Die Frage, ob der Krankheitswunsch bewußt oder unbewußt vorhanden ist, ist, abgesehen von der Schwierigkeit einer sicheren Beantwortung, deshalb oft nicht ausschlaggebend, weil auch bewußte Tendenzen hysterische Mechanismen in Funktion setzen können. Unter dem stets wichtigen anamnestischen Material verdient die willensmäßige Lebensgestaltung und der Nachweis früherer ähnlicher Erkrankungen besondere Beachtung. Der abgespaltene hysterische Mechanismus erzeugt, gestützt auf die pathologische Herrschaft des Krankheitswunsches über die Gesamtpersönlichkeit Symptome, die quantitativ das willkürlich Simulierbare übertreffen. Er steht in einer bestimmten nachprüfbaren Abhängigkeit von dem Gefühlsleben des Hysterischen. Sein Nachweis schließt Simulation aus, denn er ist nicht vortäuschbar, sobald man ihn nicht nur an Äußerlichkeiten, sondern im psychologischen Strukturzusammenhang aufweist.

Ernst Kretschmer (22a) bespricht die Gesetze der willkürlichen Reflexverstärkung in ihrer Bedeutung für das Hysterie- und Simulationsproblem und hält sie für wichtig für den militärisch beratenden Neurologen.

Utitz (50) hat ein Buch über die Psychologie der Simulation geschrieben und beschäftigt sich mit der Bedeutung der Psychologie, den Beziehungen zwischen Psychologie, Medizin und Psychiatrie und der psychologischen Behandlung der Simulation. Ferner schildert er das Vorkommen der Simulation und führt sogar Beispiele aus dem Tierreich an. Sodann analysiert er die Simulation von der psychologischen Seite aus und schildert schließlich diejenigen psychologischen Maßnahmen, welche geeignet sind, den Simulanten zu entlarven oder zu überreden oder auf andere Weise von seinen Täuschungsversuchen abzubringen.

Die schwierige Entscheidung, ob Simulation oder Hysterie vorliegt, glaubt *Marcuse* (29) dadurch zu erleichtern, daß er nach *Jodl*s psychologischer Erklärung des psychischen Geschehens drei Formen spezifischer Energie des Zentralnervensystems annimmt. Ob seine Mitteilungen die Sache praktisch wirklich erleichtern erscheint nach der Lektüre seiner Arbeit noch zweifelhaft.

Lehmann (24) schildert die Unwahrhaftigkeit, ihre Entstehung und Bedeutung im praktischen Leben und namentlich in der Medizin, wie er sagt, vom geistig Normalen ausgehend, und ihr durch da Gebiet des geistig Abnormen gleich wie auf einem Pirschgange mit der Kamera nachspürend und besonders geeignete Bilder festhaltend. Und das ist ihm vorzüglich gelungen. Der junge Arzt wird das Büchlein mit Interesse lesen und als Gewinn eine große Zahl praktischer Fingerzeige mitnehmen. Dem älteren Arzt werden die schmerzlich-heiteren Schilderungen des Verf. eigene Erfahrung anklingen lassen und — ist er Familienvater — manches Beherzigenswerte über Erziehung sagen, das, wenn es Allgemeingut aller Eltern würde, unser Volk zum besten und edelsten der Welt machen könnte.

Bittinger (3b) berichtet kurz über eine 17jährige Raubmörderin, die nicht geisteskrank gewesen ist, aber doch erblich belastet war, Neigung zum Prahlen,



zur Selbstgefälligkeit und andere Abweichungen vom normalen geistigen Verhalten zeigte.

Ein Richter, *Kade* (19) gibt aus seinen praktischen Erfahrungen Beispiele für den Einfluß, welchen der Alkohol auf die Handlungen des Menschen, je nach ihrer verschiedenen Veranlagung hat. Er betont, daß alle Handlungen, auch solche betrunkener Personen, Ausflüsse ihres Willens, also strafbar sein müssen. Die besonderen Begleitumstände der Trunkenheit dürfen deshalb wohl als strafmildernd in Betracht gezogen werden, nicht aber dazu verleiten, eine verminderte Schuld, etwa eine Fahrlässigkeitsschuld im Sinne des § 827 BGB. anzunehmen.

Lelewer (24a) schildert einen Mann, einen sogen. Transvestiten, nach *Hirschfeld*, der angeblich schon seit frühester Kindheit den unwiderstehlichen Drang hatte, sich mit Frauenkleidung zu kleiden. Das ging so weit, daß er sogar in seiner Ehe heimlich die Kleider und Wäsche seiner Frau trug. Im übrigen war er heterosexual veranlagt. Die Untersuchung des Blutserums nach *Abderhalden* ergab Abbau des Serums mit Ovarium. *L.* glaubt durch diesen Nachweis die biologische Stütze und natürliche Erklärung für den Transvestitismus zum erstenmal gegeben zu haben.

Die neue österreichische Entmündigungsordnung hat für die Anstaltsaufnahme mancherlei Unzuträglichkeiten gebracht, welche *Berze* (3) in seiner Schrift über die E.-O. und die Irrenanstalten ausführlich schildert. Er ist mit der ganzen Art des Aufnahmeverfahrens überhaupt unzufrieden und möchte am liebsten die Anstaltsaufnahmen von einem gerichtlichen Verfahren abhängig gemacht wissen.

Die Frage der Versorgung verbrecherischer Geisteskranken wird von *Rast* (36a) in seiner Dissertation einer eingehenden Untersuchung unterzogen. Er bringt statistische und klinische Mitteilungen, schildert die Bedeutung für die Kriminalität und die Art, wie die Geisteskranken in Waldau, einer schweizerischen Irrenanstalt, untergebracht sind. Er tritt dafür ein, daß verbrecherische Geisteskranken in besondere Anstalten und nicht in allgemeinen Irrenanstalten aufgenommen werden sollten. Mit dem gemeinsamen Unterbringen sei weder dem Ruf der Anstalten, noch der Sicherheit der Gesellschaft gedient.

Eine zweite Arbeit aus der Schweiz, nämlich die von *Asper* (1b), befaßt sich ebenfalls mit der strafrechtlichen Sicherung der Gesellschaft vor gemeingefährlichen verbrecherischen Geisteskranken. Sie bringt zunächst die Mängel des heutigen Gesellschaftsschutzes vor gemeingefährlichen Geisteskranken in kasuistischer Darstellung und dann die Sicherungsmaßnahmen. Das deutsche, österreichische und schweizerische Recht, sowohl das bestehende wie auch die Vorentwürfe zum kommenden Strafrecht werden eingehend durchgesprochen. Auch das Recht anderer Staaten wird berücksichtigt. Im ganzen ist die Arbeit eine sehr umfassende Darstellung der bestehenden und noch zu schaffenden Unterbringungs- und Sicherungsmaßnahmen.

Henneberg (15b) teilt einige Beiträge zur künftigen Irrengesetzgebung mit. Es handelt sich um Fälle aus einem Zivilprozeß. Die Entscheidungen zeigen deutlich, daß zurzeit jeder Arzt, der einen nicht entmündigten, volljährigen, nicht

gemeingefährlichen Kranken in eine Anstalt einweist oder dort zurückhält, sich auch bei Befolgung der geltenden Vorschriften einer Gefahr der Verfolgung wegen Freiheitsberaubung und Schadenersatzklagen aussetzt. Die Urteile der verschiedenen Instanzen bis zum Reichsgericht werden ausführlich mitgeteilt.

Gregor (14) hält dafür, daß die Mehrzahl der Fürsorgezöglinge abnorm geartet sei und daß es Aufgabe des Arztes ist, bei derartigen Störungen auf einen bestimmten Grund zu fahnden. Ohne die genaue Kenntnis der geistigen Abweichung lasse sich der Zögling nicht genügend beurteilen und versorgen. Zur Erkenntnis der Krankheiten sei oft Beobachtung und zur Beobachtung Errichtung von Anstalten für geisteskranke Fürsorgezöglinge notwendig.

E. Meyer (31a) beschreibt ebenfalls zwei Geisteskranke, die an verschiedenen Formen des Wahnsinns litten und aus diesen krankhaften Beweggründen den Militärdienst verweigert hatten.

Dyrenfurth (6) hat das Material der Anstalt für Staatsarzneikunde auf die Beziehungen zwischen Militärdienst und Kriminalität untersucht. Die 76 Fälle, welche zur Beobachtung kamen, betreffen die verschiedensten Vergehen und Verbrechen und Krankheitsformen. Nicht immer war ein Einfluß des Dienstes auf die Entstehung oder den Verlauf der Krankheit anzunehmen. Gegen Ende des Krieges nahmen die Alkoholpsychosen, überhaupt der Einfluß des Alkohols auf die Kriminalität zusehends ab.

Jörger (18) beschäftigt sich mit den krankhaften Motiven zur Dienstverweigerung durch Friedensapostel. Unter den zur Beobachtung nach Burghölzli eingewiesenen Leuten fand sich eine ausgesprochene Reihe von manifest Geisteskranken bis zum bloß etwas exaltiert Psychopathen, bei dem man von Unzurechnungsfähigkeit nicht mehr sprechen konnte. Er schildert die Fälle im einzelnen. Die meisten Geisteskranken litten an Schizophrenie, hohe Selbsteinschätzung und Eitelkeit war allen gemeinsam.

158 Soldaten, welche *Stoll* (46) auf ihren Geisteszustand begutachtet hat, hatten sich in 94 Fällen eines Vergehens gegen das Ausharren im Dienst, in 65 gegen die Unterordnung im Dienst und in 31 Fällen eines Eigentumsvergehens schuldig gemacht. Das Verhältnis war also wie 3 : 2 : 1. Als Ursache der Kriminalität kamen in zwei Fünftel (68 Fällen) Schwachsinn in Frage. 30 Fälle stellten die Psychopathen, 21 die Hysteriker, 13 die Neurastheniker, 12 die Epileptiker, 11 Fälle litten an Dementia praecox und 3 an Paralyse. In 22 anderen Fällen waren vorübergehende Rauschzustände die Ursache militärischer oder krimineller Vergehen.

Mohr (35a) lobt die Erfolge einer konsequenten Psychotherapie bei Bettnässern und macht darauf aufmerksam, daß es wichtig ist, Bettnässen nicht nur urologisch, sondern auch neurologisch zu bekämpfen. Die Zahl der Bettnässer in der Armee sei so groß, daß die Krankheit einen erheblichen Einfluß auf die Dienstfähigkeit und Schlagfertigkeit des Heeres habe.

Der ursächliche Zusammenhang bei der Begutachtung von Unfallfolgen wird von *L. Becker* (2) einer eingehenden Kritik unterzogen. Er setzt sich zunächst mit den Versuchen *Verworns*, *Hansemanns* u. a. auseinander, an Stelle der



„Ursache“ die „Bedingung“ zu setzen und betont, daß es für den Praktiker in der Unfallheilkunde besser sei, den in der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes üblichen Begriff der „wesentlich mitwirkenden Ursachen“ beizubehalten. Er schildert dann die Beziehungen von Unfällen zu bestimmten Krankheitsgruppen.

3. Anstaltswesen und Statistik.

Ref.: O. Snell-Lüneburg.

I. Allgemeines.

1. *Damköhler, Wilhelm* (Günzburg a. D.), Aus dem Jahresbericht der Schwäb. Heil- u. Pflegeanstalt Günzburg a. d. Donau für 1915—17, S. 3. (S. 30*.)
2. *Fischer, Max* (Wiesloch), Wohnungsfürsorge für Personal und Beamte unserer Anstalten. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 37/38, S. 241. (S. 33*.)
3. *Herting, Joh.* (Galkhausen), Bericht über die Rurepidemie in der Prov. Heil- und Pflegeanstalt Galkhausen (Dezember 1916 — Dezember 1917). Psych.-neurol. Wschr. Nr. 33/34, S. 213. (S. 32*.)
4. Kückenmühler Anstalten. Mitteilung. (S. 31*.)
5. *Norden, van* (Frankfurt a. M.), Die Frankfurter Kuranstalt „Hohemark“. Frankf. Ztg. Nr. 74, v. 15. III. 18. (S. 32*.)
6. *Schneider, E.* (Osnabrück), Rückblick auf die Entwicklung und Wirksamkeit der Osnabrücker Heil- u. Pflegeanstalt in den ersten 50 Jahren ihres Bestehens. Osnabrück im April 1918. (S. 30*.)
7. *Rast, Hugo* (Bern), Beitrag zur Frage der Versorgung verbrecherischer Geisteskranker. Inaug.-Diss. Bern. 56 S.
8. *Rieger* (Würzburg), Die Julius-Universität und das Julius-Hospital. (Fünfter Bericht aus den Jahren 1912—1916 aus der Psych. Klinik der Universität Würzburg.) Würzburg. Curt Kabitzsch 1916, 804 S. 40 Mk. (S. 31*.)
9. *Wattenberg, O.* (Lübeck), Zum Ersuchen des Reichskanzlers vom 4. Juni 1918, II 3170, betreffend Aufnahme usw. von Geisteskranken in Irrenanstalten. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 35/36, S. 223. (S. 30*.)



Wattenberg (9) wendet sich gelegentlich der Rostocker Tagung Nordwestdeutscher Psychiater und Neurologen mit Entschiedenheit gegen die geplante reichsgesetzliche einheitliche Regelung der Irrenfürsorge, speziell der Vorschriften über Aufnahme, Anzeige, Beaufsichtigung und Entlassung. Er hält es für dringend notwendig, den einzelnen Bundesregierungen die erforderlichen Bestimmungen zu belassen, da in den einzelnen Ländern eine große Verschiedenheit des Anstaltswesens herrscht und besonders diejenigen Einrichtungen leiden würden, die sich als mustergültig der Bevölkerung anpassen. *W.* nimmt auch nicht davon Abstand auszusprechen, daß treibende Kräfte hinter dem Erlaß des Reichskanzlers stehen, die ein unbefugtes Eingreifen in die Tätigkeit der Anstaltsleitungen anstreben unter dem Deckmantel eines vermeintlich notwendigen Schutzes gegenüber den Irrenärzten bezüglich der Gefahr widerrechtlicher Freiheitsberaubung und ein Gesetz zum Schutze der Irren für notwendig erachten. *W.* hatte mit seinen Beantragungen den Erfolg, daß eine Kommission, die sich mit der Frage beschäftigen soll, gewählt wurde.

Auf eine 50jährige Zeit ihres Bestehens konnte die weitbekannte Osnabrücker Anstalt (6) zurückblicken. Geplant war ihre Errichtung noch von der alten kgl. hannoverschen Regierung. Daß die einzige Anstalt des Königreiches, Hildesheim, nicht mehr genüge, war bereits Mitte der fünfziger Jahre vor. Jahrhunderts bekannt. Nach einer Zählung vom Jahre 1856 waren im Königreich gezählt 3084 Irre, von denen nur 666 in Anstalten sich befanden. Die Osnabrücker Anstalt, die zugleich mit der Göttinger, für die klinische Wünsche der Universität sprachen, errichtet wurde, war zunächst bestimmt für 230 Kranke. Die Lage, in unmittelbarer Nähe der Stadt, hochgelegen auf altem Klosterbezirk des Gertrudenberges, ist eine hervorragend schöne, zugleich bietet sie alle Vorteile und Freiheiten des Landlebens. Die Anstalt ist im Laufe der Zeit ganz bedeutend erweitert und mit einer landwirtschaftlichen Kolonie und landwirtschaftlichem Betriebe versehen, entspricht überhaupt allen Anforderungen der Zeit.

In den 50 Jahren sind aufgenommen 6392 Kranke (3075 M., 3317 Fr.). Davon entlassen geheilt 1269 (534 M., 735 Fr.), gebessert 1381 (671 M., 710 Fr.), ungeheilt 1799 (899 M., 900 Fr.), nicht geisteskrank 80 (72 M., 8 Fr.). Gestorben sind 1519 (714 M., 805 Fr.).

Bemerkenswert ist, daß auch im Kriege 1870/71 eine Lazarettabteilung eingerichtet war. Eine Blatternepidemie erforderte damals 9 Opfer. In dem jetzigen großen Kriege bestand ein Vereinslazarett mit 70 Pl. für Leichtverwundete, späterhin umgewandelt für geisteskranke Soldaten.

Als erster Direktor der Anstalt fungierte der unvergeßliche Geh. San.-Rat Dr. *Meyer*, ein Mann von hervorragenden Eigenschaften, der sich um die Anstalt die größten Verdienste erworben hat. Bis zu seinem 81. Jahre ist dieser treffliche Mann im Dienste der Anstalt gewesen, trat 1899 in Ruhestand, gefolgt von dem jetzigen Direktor Dr. *Schneider*, Verf. des Rückblicks.

Damköhler (1), Direktor der neuerbauten Schwäbischen Heil- und Pflegeanstalt Günzburg a. D. teilt im ersten Jahresberichte (vgl. S. 3) über die Baugeschichte der Anstalt Ausführlicheres mit. Wir entnehmen den Mitteilungen,



daß die Anstalt zur Entlastung der Anstalt Kaufbeuren errichtet ist. Die Gesamtanlage ist für 1200 Krankenbetten vorgesehen, von der zunächst ein Drittel für 400 Kranke fertiggestellt wurde. Verwaltungsgebäude, Wirtschaftsbetrieb, Werkstättengebäude usw., ebenso die Direktorwohnung, Oberpfleger-, Pflegerhäuser, Küchen, Festsaal, Gutshof (280 Tagwerk Areal), alles in schwäbischem Landhausstil und ländlichem Barock, bilden mit den freundlichen Krankenhäusern ein den neuzeitlichen Anforderungen entsprechendes Ganzes in schöner Lage. begrenzt von waldigen Donauanlagen.

Kückenmühler Anstalten (4). Die Anstalten bestehen nunmehr 50 Jahre als Anstalten der inneren Mission zur Pflege. Erziehung und Beschäftigung von Schwachsinnigen und Epileptikern. Seit dem Jahre 1901 werden auch Fürsorgezöglinge aufgenommen, soweit sie schwachsinnig oder epileptisch sind, und seit dem Jahre 1913 auch Psychopathen.

Wer Zeit und Muße hat, sich in einen dickleibigen Folianten zu vertiefen, der findet viel Drolliges, aber auch Tiefernstes in *Riegers* (8) Buch. Es ist eine Streitschrift und zwar eine solche, deren Veröffentlichung von der Kriegszeitzensur wegen „Gefährdung des Burgfriedens" nicht gestattet wurde. Nun, da diese Behinderung fortgefallen ist, hofft *R.*, daß die Zensur rechtbehält und daß „das Buch weite Kreise in Erregung versetzen wird". Jedoch, es ist zu befürchten, daß in diesen traurigen Zeitläuften die durch diesen Sturm im Glase Wasser erregten Wellen verebben werden, dennoch aber kann das Buch in Zeiten des Wiederaufbaus sein Gutes haben, denn in ihm werden Finger in Wunden gelegt, die noch lange nicht verharschen werden. *R.*, der seit einem halben Jahrhundert fast in Würzburg wirkt, kämpft für sein geliebtes Julius-Spital, wie seit einigen hundert Jahren es seine Vorgänger getan haben, kämpft gegen ein verrottetes Verwaltungssystem, das den Ärzten die Hände bindet, liegt doch die Leitung in Laienhänden, bei Juristen und Klerikern, die jedem Eingreifen der beamteten Ärzte ein Paroli bieten, sich aber wiederum gern in rein ärztliche Dinge (wenigstens früher) mischen und eine freie Entfaltung der ärztlichen Fürsorge zu hintertreiben suchen. *R.* spricht von einem „Jahrhunderte langen Jammer der Ärzte", ihrer mißlichen Lage und zudem noch schlechten Bezahlung. Aber er kämpft nicht hierfür, berührt das nur nebenbei, sondern er wendet sich mit ganzer Wucht gegen Rückständigkeit, Engherzigkeit und Raffiniertheit des Systems, vorzüglich dort, wo es sich um das Wohl und Wehe der Insassen und Kranken handelt und insofern die Zusammenhänge mit der Universität, bzw. der medizinischen Fakultät, in Frage kommen. — Die alten Würzburger Fürstbischöfe hatten ein reges Interesse für das Spital und rege Förderung der wissenschaftlichen Bestrebungen gezeigt, aber diese Zeiten sind längst dahin. Und, kommt *R.* auf die gegenwärtigen Zustände zu sprechen, so muß er mit Bitterkeit feststellen, daß es in Nichts besser geworden ist. Konnte doch 1907 einer der beaufsichtigenden Kleriker, ein Pfarrer Schuler, frohlocken, „daß die Loslösung des Spitals von der med. Fakultät eine Erleichterung nach allen Richtungen sein werde", ohne zu bedenken, wie außerordentlich viel das Spital gerade den Beziehungen zur Fakultät, nicht zuletzt in pekuniärer Hinsicht, zu verdanken hat; und außerdem: wie läßt sich eine solche Loslösung von der Wissen-



schaft mit dem Willen des Stifters vereinigen? Aber, dieser Pfarrer Schuler, den *R.* ganz besonders aufs Korn nimmt und dessen Wirken für die ganze Stiftung recht schädlich gewesen sein muß, hatte schon um 1819 einen Vorläufer gegen die Tradition von zwei Jahrhunderten, einen Rechtsgelehrten Namens Franz Nikolaus Wolf, der der Meinung war, „daß alles, was die Fürstbischöfe für die Wissenschaft getan haben, als eine Beraubung der Stiftung betrachtet werden müsse". Kommen noch hinzu Verwaltungsmaßnahmen der bedenklichsten Art, unhaltbare Zustände im Spital selbst, in bezug auf die Insassen, willkürliche Verfügung über Freiplätze zugunsten zahlungsfähiger Kranker, (S. 514 wird gesagt: „Nach 6 Jahren (also 1914/15) hat der Nachfolger des Pfarrers Schuler fast alle Stiftungsberechtigten hinausgejagt, um von anderen Personen möglichst viel Geld zusammenzuscharren"), Benachteiligungen der Gemeinden Armenpflegen und Stiftungsberechtigten, wo es nur angeht. Ebenso werden Bausünden, unbedachte Gelände-Käufe und Verkäufe gegeißelt, kurz, alles was über die finanzielle Seite des Systems gesagt wird, ist an sich ein böses Kapitel. Wer *R.*s originelle Schreibweise kennt, wird sich seiner eigenartigen Bilder und Vergleiche erfreuen können; auf die „Übersicht des Inhalts mit den Seitenzahlen", S. LVII des Vorwortes, sei besonders hingewiesen, die Lesung allein dieser Seiten wirkt in manchem erheiternd. Natürlich enthält das Buch Vorschläge zur Sanierung, und man muß sagen, sie sind klug durchdacht und sie würden sicher zu Zuständen führen, die der großen humanitären Stiftung zum Ruhme gereichen. Möge es *R.* beschieden sein, wenigstens zum Teil die Früchte seiner opfervollen Tätigkeit noch reifen zu sehen.

van Noorden (5) begrüßt die Erwerbung der rühmlichst bekannten Friedländerschen Kuranstalt „Hohemark" im Taunus durch die Stadt Frankfurt a. M. An die Erwerbung ist die Bedingung geknüpft, die Anstalt als Mittelstands-Sanatorium zu betreiben. Von Geisteskranken soll die Anstalt freigehalten werden, sie soll Erholungsbedürftigen dienen, deren Nervensystem durch körperliche und geistige Überanstrengung gelitten hat. Ein weiter Begriff, wie *v. N.* sagt; dazu gehören in erster Linie die psychogenen Neurosen: Neurasthenie und Hysterie. Aber auch andere schwerere Formen, Folgen des Krieges, werden der Aufnahme bedürftig sein, wie nervöse Zusammenbrüche, Erschöpfungszustände usw. Etwa 100 Betten sind zurzeit zur Verfügung, jedoch erlaubt das vorhandene Gelände einen weiteren Ausbau. Vor der Hand sind die Aufnahmepreise mäßig gestellt, 8.— M. sollen die untere Grenze bilden. Man hofft auf reiche Stiftungen und Beiträge, in erster Linie von Großbanken und anderen Interessenten, deren Beamte und Angestellten die Wohltaten des Anstaltsaufenthaltes genießen würden, der Vorrang sollte allerdings Frankfurter Bürgern vorbehalten bleiben. Die städtische Verwaltung bietet wohl Gewähr, daß die Anstalt im Sinne des Vorbesitzers mustergültig weitergeführt wird. — (Daß „Hohemark" während des Krieges als Nervenheilstätte für Heeresangehörige Hervorragendes leistete, ist vom Verf. nicht erwähnt.)

Herting (3) berichtet über eine in Galkhausen im Dezember 1916 ausgebrochene ernstere Ruhrepidemie, die im März und April abflaute, im Mai wieder zunahm, während im weiteren Verlauf des Jahres die Krankenziffer sich in mäßigen



Grenzen hielt. Die eingerichtete Ruhrabteilung konnte erst zu Beginn des Januar 1918 aufgelöst werden. Umfangreiche Maßnahmen zur Bekämpfung der Epidemie waren vorgenommen, fortgesetzt Blutuntersuchungen ausgeführt, vom 21. August 1917 ab in eigener Regie, nachdem die Laboratoriumseinrichtung für die bakteriologischen Arbeiten der Anstalt Düren nach Galkhausen überführt war. Kontrolluntersuchungen wurden vom Düsseldorfer Untersuchungsamt, in Köln und in Berlin ausgeführt. Trotzdem klinisch-diagnostisch Ruhr festgestellt war, konnten bei den Blutuntersuchungen Ruhrbazillen in keinem Falle gefunden werden. In den Abgängen waren überhaupt nur bei 8 Kranken und Rekonvaleszenten Ruhrbazillen nachgewiesen. An Medikamenten wurde weißer Ton in großen Mengen gegeben, daneben Opium, Tannalbin. Komplikationen wurden nicht beobachtet. Erkrankungen waren gemeldet 134 (113 M. 21 Fr.), darunter 3 Pfleger. und 5 Pflegerinnen. Gestorben sind insgesamt infolge der Epidemie 50 Pers., darunter 15 an Altersverblödung, 12 an Paralyse, 6 an Epilepsie Erkrankte. Von den Verstorbenen waren über 60 Jahre alt 17, 41—60 Jahre 21, 20—40 Jahre 17.

Neben den drückenden Sorgen, die Krieg, Zusammenbruch und Revolution mit sich gebracht haben, macht die Wohnungsfürsorge für Personal und Beamte den Anstaltsleitungen viel zu schaffen. *Fischer* (2) behandelt dieses Thema und gibt Ausblicke, wie diese Kalamität zu bekämpfen ist. Seine Fingerzeige sind beachtenswert, manches davon läßt sich im Einzelfalle verwerten, so z. B. die Einrichtung von Dienstwohnungen in leerstehenden Krankenpavillons, wozu schon mehrere Anstalten gegriffen haben werden. Die Form gemeinnütziger Baugenossenschaften, die *F.* besonders ausführlich behandelt, hat etwas Bestechendes jedoch verbieten sich Neubauten zurzeit durch die hohen Kosten des Baumaterials.

II. Anstaltsberichte.

1. Alsterdorfer Anstalten in Hamburg-Alsterdorf. Ärztlicher Jahresbericht für 1917 in „Briefe und Bilder aus Alsterdorf", 42. Jg., S. 14. O.-Arzt Prof. Dr. *Kellner*. (S. 40*.)
2. Badische Irrenanstalten. Jahresberichte für die Jahre 1915 u. 1916. (S. 44*.)
3. Bergmannswohl. Unfall-, Nervenheilanstalt der Knappschafts-B.-G. Schkeuditz (Bez. Halle a. S.). Jahresbericht 1917. Chefarzt: Prof. Dr. *Quensel*. (S. 41*.)
4. Bernische Kantonale Anstalten Waldau, Münsingen und Bellelay. Jahresberichte für 1917. (S. 47*.)
5. Breslau, Städtische Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke. Bericht für 1917. Primärarzt San.-Rat Dr. *Hahn*. (S. 35*.)
6. Burghölzli. Zürcherische Kantonale Heilanstalt. Bericht für 1917. Dir.: Prof. Dr. *Bleuler*. (S. 48*.)



7. Cery. Asile. Rapport annuel, Exerc. 1917. Dir.: Prof. *Mahaim*. (S. 50*.)
8. Eglfing bei München, Oberbayer. Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1917. Dir.: Dr. *Vocke*. (S. 42*.)
9. Eichberg im Rheingau, Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1917/18. Dir.: Dr. *Wachsmuth*. (S. 38*.)
10. Ellikon a. d. Thur, Trinkerheilstätte. 29. Jahresber. für 1917. (S. 49*.)
11. Friedmatt-Basel, Kantonale Heil- und Pflegeanstalt, Bericht für 1917. Dir.: Prof. Dr. *G. Wolff*. (S. 47*.)
12. Günzburg a. d. D., Schwäbische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1915, 1916 u. 1917. Dir.: Dr. *Damköhler*. (S. 43*.)
13. Haar bei München, Oberbayer. Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1917. Dir.: Dr. *Blachian*. (S. 43*.)
14. Herborn, Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1917. Dir.: San.-Rat Dr. *R. Snell*. (S. 39*.)
15. Königsfelden (Aargau), Kantonale Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1917. Dir.: Dr. *Fröhlich*. (S. 49*.)
16. Lindenhaus-Lemgo, Lippische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1917. Dir.: Med.-Rat Dr. *Alter*. (S. 41*.)
17. Münsterlingen, Thurgauische Irrenanstalt. Bericht für 1917. Dir.: Dr. *H. Wille*. (S. 49*.)
18. Neustadt i. Holst., Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1917/18. Dir.: San.-Rat Dr. *Dabelstein*. (S. 36*.)
19. Rheinprovinz. Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten. Bericht für 1917/18. Düsseldorf, Der Landeshauptmann der Rheinprovinz. (S. 37*.)
20. Roda, Sächsisches Martinshaus und Genesungshaus. Berichte für 1917. Dir.: Med.-Rat Dr. *Schäfer*. (S. 42*.)
21. Santiago. Casa de Orates. Movimento en el anno 1916. Dir.: *Letelier Grez*, Méd.-Jefe. (S. 50*.)
22. Schleswig (Stadtfeld), Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1917/18. Dir.: Dr. *Kirchhoff*. (S. 36*.)
23. Schleswig (Hesterberg), Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt für Geistesschwache. Bericht für 1917/18. Dir.: Dr. *Zappe*. (S. 36*.)

24. Sonnenhalde-Riehen (Basel), Evangelische Heilanstalt für weibliche Nerven- und Gemütskranke. Bericht für 1916/17. (S. 47*.)
25. Steinmühle-Obererlenbach, Arbeitslehr-Kolonie und Beobachtungsanstalt. Bericht für 1917/18. Anstaltsleitung: Prof. Dr. *von Düring*. (S. 40*.)
26. Strecknitz-Lübeck, Anstalt des Lübeckischen Staates für Nervöse und Geisteskranke. Bericht für 1917. Dir.: Dr. *Wattenberg*. (S. 40*.)
27. Strelitz (Alt), Mecklenburg - Strelitzsche Landes-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1916 u. 1917. Dir.: San.-Rat Dr. *Starke*. (S. 40*.)
28. St. Urban (Luzern), Kantonale Irrenanstalt. Bericht für 1916 u. 1917. Dir.: Dr. *Lisibach*. (S. 50*.)
29. Tannenhof bei Lüttringhausen, Evang. Heil- u. Pflege-Anstalt für Gemüts- und Geisteskranke. Bericht für 1917/18. Leit. Arzt: Dr. *Beelitz*. (S. 37*.)
30. Waldhaus (Chur), Kantonale Irren- und Kranken-Anstalt. Bericht für 1917. Dir.: Dr. *Jörger*. (S. 48*.)
31. Wehnen, Oldenburgische Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1917. Dir.: Ober-Med.-Rat Dr. *Brümmer*. (S. 40*.)
32. Weilmünster, Landes-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1917/18. Dir.: San.-Rat Dr. *Lantzius-Beninga*. (S. 39*.)
33. Werneck, Unterfränkische Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1916 u. 1917. Dir.: Dr. *Ast*. (S. 44*.)
34. Wernigerode-Hasserode, „Zum guten Hirten", Erziehungshaus für schwach- und blödsinnige Mädchen. Bericht für 1917/18. Anstaltsarzt: Dr. *Erler*. (S. 41*.)
35. Westfälische Anstalten für Geisteskranke. Bericht für 1917. (S. 36*.)
36. Wil (St. Gallen), Kantonales Asyl. Bericht für 1917. Dir.: Dr. *Schiller*. (S. 49*.)

Breslau (5): Anfangsbestand 96 (37 m. 59 w.). Zugang 443 (229 m. 214 w.). Abgang 451 (238 m. 213 w.). Bleibt Bestand 88 (28 m. 60 w.), unter den Verpflegten 243 Soldaten. Vom Zugang litten an einfachen erworbenen Psychosen 147 (74 m. 73 w.), konstitutionellen 172 (148 m. 24 w.), epilept.-hysterischer Formen



159 (111 m. 48 w.), alkoholischen u. a. intox. Psychosen 52 (35 m. 17 w.), paralytischen, senilen und sonstigen organischen Geisteskrankheiten 153 (98 m. 55 w.). Von 451 aus der Pflege ausgeschiedenen entlassen geheilt 12 %, gebessert 31 %, ungeheilt 39,3 %; nicht geisteskrank 1,1 %. Gestorben 16,6 %. Poliklinik noch außer Betrieb. — Gesamtausgabe: 298 921,30 M.

Neustadt i. Holst. (18): Anfangsbestand 911 (486 M. 425 Fr.). Zugang 97 (58 M. 39 Fr.). Abgang 366 (227 M. 139 Fr.). Bleibt Bestand 642 (317 M. 325 Fr.), davon in Familienpflege 42 (10 M. 32 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 54 (34 M. 20 Fr.), paralytischer 13 (9 M. 4 Fr.), Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 15 (6 M. 9 Fr.), Epilepsie 8 (4 M. 4 Fr.), Chorea 1 M. 1 Fr., anderen Krankh. des Nervensystems 1 Fr., Alkoholismus 0. Zur Beobachtung 4 M. Vorbestraft 12 % M., Unruhige 1,7 % M. 2,6 % Fr., unreine 14 % M. 3 % Fr., Erblichkeit bei 18,9 % M. 27 % Fr., Potus —. Im festen Hause 8 Aufnahmen, 10 entlassen. Entlassen geheilt 12 (7 M. 5 Fr.), gebessert 39 (21 M. 18 F.). Gestorben 278 (181 M. 97 Fr.), davon infolge Lungenschwindsucht 15, Tuberkulose 3, Herzmuskelentartung 55, Gehirnerweichung 18, Erschöpfung 66. — Pockenepidemie im blauen Hause, erkrankt 38 Kr., 2 Wärterinnen, gestorben 12 Kr. Typhus, leicht, erkrankt 9 Wärterinnen, 14 Kranke, 5 weibl. Kr. als Bazillenträger außerdem abgesondert. — Gesamtausgabe: 770 752,40 M.

Schleswig, Stadtfeld (22): Anfangsbestand 1069 (505 M. 564 Fr.). Zugang 491 (290 M. 201 Fr.). Abgang 639 (364 M. 275 Fr.). Bleibt Bestand 921 (431 M. 490 Fr.). Unter den Aufgenommenen 128 Militärpersonen (i. Vorj. 119), davon Kriegsgefangene 20. Aus der Kieler Klinik aufgenommen 53 M. 54 Fr. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 336 (177 M. 159 Fr.), paralytischer 58 (48 M. 10 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 24 (17 M. 7 Fr.), Imbezillität, Idiotie 70 (46 M. 24 Fr.), Alkoholismus 0; nicht geisteskrank 3 (2 M. 1 Fr.). Wahrscheinliche Krankheitsursache: Familienanlage bei 207, deprim. Gemütsaffekte (Krieg) 63, körperl. Krankh. 12, Senium 22, Lues 49, Alkoholismus 5, unbekannt 130. Zur Beobachtung 2 M. 3 Fr. Entlassen geheilt 46 (27 M. 19 Fr.), gebessert 148 (77 M. 71 Fr.). Gestorben 299 (160 M. 139 Fr.), davon Militärs 10, Kriegsgefangene 1. An Lungentuberkulose starben 26, sonstigen tuberkulösen Erkr. 15. — Gesamtausgabe: 1 369 633,59 M.

Schleswig, Hesterberg (23): Anfangsbestand 391 (226 m. 165 w.). Zugang 51 (34 m. 17 w.). Abgang 71 (42 m. 29 w). Bleibt Bestand 371 (218 m. 153 w.), davon in Familienpflege 9 m. Vom Zugang litten an Idiotie 21 (15 m. 6 w.), Schwachsinn 28 (18 m. 10 w.), Epilepsie 1 m. 1 w. Unreinlich von 51 Aufgen. 35. Entlassen gebessert 7 (2 m. 5 w.), nicht gebessert 30 (20 m. 10 w.). Gestorben 34 (20 m. 14 w.). Schulbesuch Ende des Berichtsjahres von 55 Kn. 36 Md. Beschäftigt in Werkstätten, Garten und Haushalt ca. 25—28 Kn. 10—15 Md. — Gesamtausgaben: 389 003,71 M.

Westfälische Anstalten (35): Krankenbewegung insgesamt Anfangsbestand 5296. Aufnahmen 1604. Abgang 2122. Bleibt Bestand 4778. Gestorben 1011 = 14,65 % der Verpflegten.

Im einzelnen:

	Anfangsbestand	Zugang	Abgang	Bleibt Bestand	In Familienpflege	Entlassen geheilt gebessert	Gestorben	% der Verpfl.
Marsberg....	591	107	212	486	11	49	149	21,35
Lengerich ...	815	187	234	768	167	108	89	8,88
Münster.....	662	463	485	640	21	188	107	9,51
Aplerbeck...	649	275	387	537	15	116	201	21,75
Suttrop [1]...	1470	252	450	1272	107	138	266	15,45
Eickelborn ..	1109	320	354	1075	94	107	199	13,93

[1]) Früher Warstein.

Laufende Unterhaltungskosten p. a. und Kopf des Kranken, unter Weglassung der Ausgaben für Landwirtschaft und Fabrikation sowie der Kosten der Hauptverwaltung: Marsberg 833, Lengerich 783,05, Münster 801,32, Aplerbeck 1004,71, Suttrop 780,17, Eickelborn 724,27 M. Steigerung gegen das Vorjahr ca. 25,5 %.

Tannenhof (29): Anfangsbestand 470 (207 M. 263 Fr.). Zugang 266 (91 M. 175 Fr.). Abgang 322 (122 M. 200 Fr.). Bleibt Bestand 414 (176 M. 238 Fr.). Vor der Aufnahme krank bis zu 1 Monat 13 M. 35 Fr. Über 70 Jahre alt 7 M. 18 Fr. Entlassen genesen, gebessert 96 (30 M. 66 Fr.), ungeheilt 49 (14 M. 35 Fr.), zurück genommen 44 (7 M. 37 Fr.), überführt 8 (5 M. 3 Fr.), nicht geisteskrank 2. Gestorben von 736 Verpflegten 175 (77 M. 98 Fr.) = 24 % der Verpfl. (in normalen Zeiten 5—7 %); an Herzkrankheiten starben 29, von Tuberkulösen 15, Unheilbaren 19 M. 25 Fr., von aufgenommenen Dekrepiden in den ersten Monaten bis 1/4 Jahr des Aufenthaltes 45.

Rheinprovinz (19): Gesamtanfangsbestand 6746 (3478 M. 3268 Fr.). Zugang 3561 (2132 M. 1429 Fr.). Abgang 4650 (2774 M. 1876 Fr.). Bleibt Bestand 5657 (2836 M. 2821 Fr.). Davon entfielen auf:

	Anfangsbestand		Zugang		Abgang		Bleibt Bestand	
		M. Fr.		M. Fr.		M. Fr.		M. Fr.
Andernach ...	458	224. 234	204	107. 97	243	130. 113	419	201. 218
Bedburg-Hau.	1556	794. 762	441	288. 153	650	382. 268	1347	700. 647
Bonn	893	436. 457	701	377. 324	876	480. 396	718	333. 385
Düren	728	434. 294	312	223. 89	485	356. 129	555	301. 254
Galkhausen ..	808	394. 409	555	308. 247	633	337. 296	725	365. 360
Grafenberg ...	851	467. 384	780	508. 272	979	642. 337	652	333. 319
Johannistal ..	762	376. 386	261	136. 125	366	199. 167	657	313. 344
Merzig	642	300. 342	299	177. 122	406	236. 170	535	241. 294
Brauweiler ...		53.		8.		12.		19.

Vom Zugang litten an:

	Einfacher Seelenstörung			paralytischer Seelenstörung			Seelenstörung mit Epilepsie			Epilepsie			Imbezillität Id. u. Kret.			Delir. potat.		
		M.	Fr		M.	Fr.		M.	Fr.		M.	Fr.		M.	Fr.		M.	Fr.
Andernach . .	162	73.	89	15	12.	3	7	6.	1	—		—	17	13.	4	—		—
Bedburg-Hau	308	193.	115	48	42.	6	39	19.	20	3	1.	2	30	23.	7	5	5.	—
Bonn	427	203.	221	84	64.	20	107	64.	43	—		—	62	36.	26	6	3.	3
Düren	228	156.	72	29	23.	6	23	17.	6	—		—	26	21.	5	4	4.	—
Galkhausen .	406	199.	207	74	54.	20	30	22.	8	—		—	42	30.	12	3	3.	—
Grafenberg . .	515	310.	205	120	100.	20	66	47.	19	—		—	44	21.	23	8	7.	1
Johannistal .	103	46.	57	14	14.	—	38	22.	16	68	33.	35	17	11.	6	—		—
Merzig	220	124.	96	21	12.	9	28	22.	6	—		—	15	6.	9	—		—
Brauweiler . .	6	6.	—	2	2.	—	—		—	—		—	—		—	—		—

Von den Verpflegten geheilt und gebessert entlassen in Andernach 12,1 % bei 30,5 % Aufnahmen, Bedburg-Hau 7,24 % : 22,17 %, Bonn 22 % : 43 %, Düren 11,27 % : 30 %, Galkhausen 16,2 % : 40,8 %, Grafenberg 20,4 % : 47,7 %, Johannistal 11,5 % : 24 %, Merzig 12,5 % : 31,7 %, Brauweiler 5 % 13,3 %. Nicht geisteskrank 106 Verpfl. Mit dem Strafgesetz in Konflikt 6,8 % gegen 8 % im Vorj. Unmittelbar aus Strafhaft eingeliefert i. J. 1910 = 191 Pers., 1911 = 166, 1912 = 223, 1913 = 211, 1914 = 161, 1915 = 112, 1916 = 124, 1917 = 131. Von verwundeten, körperlich kranken und geisteskranken Soldaten aufgenommen insges. 4164, davon Geisteskranke 4031, Kriegsgefangene 133.

Von den 10307 in den 9 Provinzialanstalten Verpflegten starben 20,8 %, mehr gegen das Vorjahr 5,7 %, davon hatten an Paralyse gelitten 14,7 % (19,4 % M. 8 % Fr.), weniger als im Vorjahre 2,3 %. — An Tuberkulose litten von den in den Anstalten Verpflegten 2,9 % (1,7 % M. 4,8 % Fr.), gegen 2,5 % im Vorj., höchster Prozentsatz Bedburg-Hau mit 5,5 %, geringster Galkhausen mit 0,5 %. Von den Tuberkulosen und Tuberk.-Verdächtigen starben 2,8 % der Verpfl. Erhebliche Zunahme der Mortalität an sich und ebenfalls der Tuberkulosen. — Typhusfälle in Bedburg-Hau 8, Bonn 24 mit 5 Todesfällen. Ruhrepidemien fast überall stark, in Galkhausen von rund 1000 Verpfl. erkrankt 134, 50 Todesfälle, Johannistal 92, 39 Todesfälle, Merzig 120, 24 Todesfälle. — Durchschnittskosten pro Kranken und Tag 3,25 M. (im Vorj. 2,50 M.). — Gesamtausgaben nach Abzug der Kosten für außergew. Bauausführungen: 9 095 378,10 M.

Eichberg (9): Anfangsbestand 586 (283 M. 303 Fr.). Zugang 150 (81 M. 69 Fr.). Abgang 275 (153 M. 122 Fr.). Bleibt Bestand 461 (211 M. 250 Fr.), davon in Familienpflege 37 (9 M. 28 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 89 (39 M. 50 Fr.), paralytischer 18 (14 M. 4 Fr.), Imbezillität, Idiotie 9 (6 M. 3 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 8 (5 M. 3 Fr.), hysterischer Seelenstörung 5 (1 M. 4 Fr.), Alkoholismus 2 M., psychopath. Konstitution 2 Fr., Arteriosklerose des Gehirns 1 Fr.; nicht geisteskrank 16 (6 M. 11 Fr.). Erbliche Belastung durch Nerven- und Geisteskrankheiten in der Familie bei 18 M. 24 Fr., durch Trunksucht

der Eltern 2 M. 1 Fr. Angegebene Krankheitsursachen: erbliche Belastung bei 42 (18 M. 24 Fr.), Alkoholmißbrauch 3 M., Syphilis 16 (12 M. 4 Fr.), Pubertät, Klimakterium 3 Fr., Senium 11 (5 M. 6 Fr.), Arteriosklerose, Unfall, Schlaganfall je 1 P., Kummer, Sorgen, Kriegsstrapazen 8. Mit dem Strafgesetz in Konflikt 36 (28 M. 8 Fr.). Entlassen genesen 1 M. 1 Fr., gebessert 46 (23 M. 23 Fr.), ungebessert 37 (21 M. 16 Fr.); nicht geisteskrank 11 (9 M. 5 Fr.), strafvollzugsfähig von 5 Pers. = 3. Gestorben 179 (99 M. 80 Fr.), davon an Lungentuberkulose 43 (10 M. 33 Fr.).

Herborn (14): Anfangsbestand 428 (184 M. 244 Fr.). Zugang 81 (49 M. 32 Fr.), davon aus anderen Irrenanstalten 62 (41 M. 21 Fr.). Abgang 210 (111 M. 99 Fr.). Bleibt Bestand 299 (122 M. 177 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 50 (28 M. 22 Fr.) paralytischer 12 (8 M. 4 Fr.), Imbezillität, Idiotie 9 (5 M. 4 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 8 M., hysterischer Seelenstörung 1 Fr., Alkoholismus 1 Fr.; nicht geisteskrank, zur Beobachtung 1 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 3 Monaten bei 4 (2 M. 2 Fr.), 3—6 Monate 6 (4 M. 2 Fr.), mehr als 6 Monate 67 (40 M. 27 Fr.), unbekannt 4 (3 M. 1 Fr.). Erbliche Belastung durch Nerven- oder Geisteskrankheit in der Familie bei 23 M. 15 Fr., Alkoholismus der Eltern 6 M. 3 Fr.; Alkoholmißbrauch zugegeben von 3 M. 1 Fr. Angegebene Krankheitsursachen: erbliche Belastung bei 46 (29 M. 17 Fr.), Alkoholmißbrauch 4 (3 M. 1 Fr.), Syphilis 12 (8 M. 4 Fr.), Senium 5 (4 M. 1 Fr.), Puerperium, Laktation 1 Fr., Arterienverkalkung 7 (4 M. 3 Fr.), Haft 1 M., Unfall 8 (7 M. 1 Fr.), psychische Ursachen 18 (2 M. 16 Fr.). An erster Stelle wieder erbliche Belastung, an zweiter psychische, meist durch den Krieg veranlaßte Ursachen, dritter: Syphilis; keine Abnahme der auf luetischer Basis entstandenen Geisteskrankheiten seit Einführung der Salvarsan-Behandlung; weiterer Rückgang der alkoholistischen Erkrankungen. Mit dem Strafgesetz in Konflikt 13 M. 2 Fr. Entlassen genesen 14 (9 M. 5 Fr.), gebessert 15 (13 M. 3 Fr.), ungebessert 10 (6 M. 4 Fr.). Gestorben 170 (83 M. 87 Fr.). Zahlreiche Todesfälle an Altersschwäche (19) und Paralyse (24) bedingt durch die Art des zugeführten Materials; Tuberkulose etwas zurückgegangen.

Weilmünster (32): Anfangsbestand 730 (327 M. 403 Fr.), Zugang 117 (48 M. 69 Fr.), Abgang 402 (227 M. 175 Fr.). Bleibt Bestand 445 (148 M. 297 Fr.). Aus der städt. Irrenanstalt Frankfurt a. M. übernommen 49 Kr. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 73 (20 M. 53 Fr.) paralytischer 11 (10 M. 1 Fr.), Epilepsie 11 (4 M. 7 Fr.), Hysterie und Seelenstörung 1 Fr., Imbezillität, Idiotie 14 (10 M. 4 Fr.), Alkoholismus 2 M., Morphinismus 1 Fr., nicht geisteskrank 3 (2 M. 1 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme unter 3 Monaten bei 23 (7 M. 16 Fr.), 3—6 Monate 10 (4 M. 6 Fr.), über 6 Monate 80 (35 M. 45 Fr.). Erbliche Belastung durch Nerven- oder Geisteskrankheiten in der Familie bei 23 M. 32 Fr., durch Trunksucht der Eltern 5 M. 5 Fr. Angegebene Krankheitsursachen: Alkoholmißbrauch bei 5 M. 1 Fr. Morphium 1 Fr., Syphilis 9 (6 M. 3 Fr.), Gefäßverkalkung 2 M. 2 Fr., Apoplexie 2 M. 1 Fr., körperl. Erkrankungen 1 M. 4 Fr., Kriegsstrapazen, 6 (5 M. 1 Fr.), Familie, Sorgen 1 M. 1 Fr., Pubertät, Klimakterium, Senium 18. Entbindung, Wochenbett 3 Fr. Mit dem Strafgesetz im Konflikt 12 M. 5 Fr. Entlassen geheilt 6 (2 M. 4 Fr.), gebessert 72 (45 M. 27 Fr.), ungeheilt 11 (5 M.



6 Fr.); nicht geisteskrank 3 (2 M. 1 Fr.). Gestorben 309 (174 M. 135 Fr.), davon infolge Paralyse 15 (9 M. 6 Fr.), Lungentuberkulose 151 (84 M. 67 Fr.).

„Steinmühle"-Obererlenbach (25): Anfangsbestand 39 Zögl. Zugang 65. Abgang 66. Bleibt Bestand 38. Insgesamt verpflegt 104, davon unter 15 Jahren 16. In Stellung 34 externe Zögl. Gutachten auf Veranlassung des Jugendgerichts abgegeben 11, Strafkammer 2; 5 Freisprechungen auf Grund § 56, 1 nach § 51. Gestorben 1 Zögl. Zum Soldatenstande eingezogen 5 externe, 3 interne Zögl. — Gesamtausgabe: 117 970,87 M.

Strelitz-(Alt) (27): Anfangsbestand 1916 = 226 (100 M. 126 Fr.). Zugang in den beiden Berichtsjahren 148 M. 54 Fr. Abgang 190 M. 97 Fr. Bleibt Schlußbestand Ende 1917 = 141 (58 M. 83 Fr.). Unter den Zugängen nur 28 M. aus der Zivilbevölkerung, übrige geistes- und nervenkranke Soldaten. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 85 (43 M. 42 Fr.), paralytischer 4 M., Imbezillität, Idiotie 18 (10 M. 8 Fr.), Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 23 (22 M. 1 Fr.), anderen Krankheiten des Nervensystems 62 (61 M. 1 Fr.), Alkoholismus 4 M. 1 Fr.; nicht geisteskrank 4 M. 1 Fr. Erbliche Belastung nachweisbar bei 63 M. 19 Fr. Zur Beobachtung 4 Fälle, 2 davon zum Strafvollzug. Gebessert, geheilt und entlassen von den Zivilpersonen 14 M. 28 Fr. Gestorben 135 (71 M. 64 Fr.), davon an Altersschwäche und Erschöpfung 74, Lungentuberkulose 2. — Gesamtausgabe 1916: 185 165,17 M.; 1917: 163 304,41 M.

Alsterdorfer Anstalten (1): Anfangsbestand 971 (509 m. 462 w.). Zugang 125 (70 m. 55 w.). Abgang 212 (143 m. 69 w.). Bleibt Bestand 884 (436 m. 448 w.). Verstorben sind von 995 Verpflegten 155. Durch die andauernde Unterernährung ist neben anderen Symptomen eine enorme Zunahme der Erregbarkeit, in manchen Fällen zur Tobsucht gesteigert, beobachtet worden. Zahlreiche Fälle von Tuberkulose und Skrofulose. Die Zahl der Schulkinder betrug 37 Kn. 27 M. Abgang 6 und 2, Zugang 2 und 3. — Gesamtausgaben ca. 800 000 M.

Strecknitz-Lübeck (26): Anfangsbestand 297 (149 M. 148 Fr.). Zugang 116 (59 M. 57 Fr.). Abgang 148 (77 M. 71 Fr.). Bleibt Bestand 265 (131 M. 134 Fr.). Vom Zugang litten an Psychosen bei gröberer Hirnerkrankung 1 M., Alkoholismus 3 M., Psychosen bei körperlicher Erkrankung 6 Fr., progressiver Paralyse 5 M. 2 Fr., senilen und präsenilen Psychosen 12 M. 8 Fr., Hebephrenie 8 M. 20 Fr., epileptischen Psychosen 5 M. 5 Fr., manisch-depressivem Irresein 3 M. 4 Fr., Melancholie 4 Fr., Hysterie, Neurasthenie 4 M. 4 Fr., Paranoia usw. 2 Fr., Debilität und Imbezillität 2 M., psychogene Persönlichkeit, minderwertig 3 M. 1 Fr., nicht geisteskrank 8 M. Erblich belastet vom Bestand 44,76 %, von den Neuaufnahmen 16,9 % M., 15,7 % Fr., Trunksucht 6,7 % M., Syphilis 5,8 % M., Verletzung 10 % M. Entlassen geheilt 19 (6 M. 13 Fr.), gebessert 32 (17 M. 15 Fr.), ungeheilt 19 (12 M. 7 Fr.), nicht geisteskrank 9 (8 M. 1 Fr.). Gestorben 69 (34 M. 35 Fr.); im Vorjahre 74 (37 M. 37 Fr.), davon infolge Paralyse 10 M., Hebephrenie 36 (13 M. 23 Fr.), Tuberkulose 22 (6 M. 16 Fr.). — Gesamtausgabe 503 560,27 M.

Wehnen (31): Anfangsbestand 323 (172 m. 151 w.). Zugang 98 (49 m. 49 w.). Abgang 205 (105 m. 100 w.). Bleibt Bestand 216 (116 m. 100 w.). Vom Zugang litten an angeborenem Schwachsinn 2 M. 1 Fr., psychopathischen Stö-



rungen 6 M. 7 Fr., Dem. paralytica 7 M. 3 Fr., epilept. Irresein 1 M. 4 Fr., Hirnerkrankung 1 M., praesenilem und senilem Irresein 5 M. 8 Fr., manisch-depress. Irresein 6 M. 12 Fr., endogenen Verblödungen 15 M. 13 Fr., Alkoholismus 2 M., syphilitischem 3 M., infektiösem Irresein 1 M. 1 Fr. Entlassen geheilt 3 M. 15 Fr., gebessert 12 M. 11 Fr., beobachtet 2 M. Gestorben 113 (51 M. 62 Fr.), häufigste Todesursachen Marasmus und Lungentuberkulose. — Von Militärpersonen in Anstaltsbehandlung, vom Vorjahre übernommen 4, Zugang 10, davon 6 psychopath. Erkrankungen, 2 Schizophrenien, 1 Dementia paralytica, 1 manisch-depress. Irresein. Endbestand 6. — Gesamtausgabe: 431 916,20 M.

Lindenhaus-Lemgo (16): Anfangsbestand 341 (188 M. 153 Fr.). Zugang 152 (93 M. 59 Fr.). Abgang 122 (83 M. 39 Fr.). Bleibt Bestand 381 (198 M. 173 Fr.). Bleibt Bestand 381 (198 M. 173 Fr.). Von den Verpflegten (493, darunter 71 Heeresangehörige) litten an einfacher Seelenstörung 408 (229 M. 179 Fr.), Seelenstörung nach Syphilis 11 (10 M. 1 Fr.), Imbezillität, Idiotie 32 (15 M. 17 Fr.), Epilepsie 23 (15 M. 8 Fr.). Alkoholismus 13 (11 M. 2 Fr.), Hysterie 1 Fr., Neurasthenie 1 M.; nicht geisteskrank 3 M. Bei der Aufnahme geisteskrank unter einem Jahre 106, 1—2 Jahre 61, 2—4 Jahre 32, 6—8 Jahre 45, 8—10 Jahre 46, mehr als 10 Jahre 58, Dauer unbekannt bei 87. Erblich veranlagt zu Geisteskrankheiten 39,9 %, durch Trunksucht 16,2 %, Syphilis 3 %, Tuberkulose 7 %. Vorbestraft 47 M. 22 Fr. = 13,9 %, unter Fürsorge 1,42 %, als Trinker bekannt 83 = 22,3 %, tuberkulös 5,7 %. Zur Beobachtung überwiesen 2 Fr., von Militärgerichten 6 M. Erkrankt im Anschluß an Entwicklungsjahre 1,6 %, Wechseljahre 1,4 %, Schwangerschaft, Entbindung 2,08 %, Heirat 0,4 %, Prozesse 1,2 %, Sektirerwesen 0,4 %, Gefangenschaft 4,1 %, Gemütserschütterung 20,4 %, Verletzungen, Unfälle 7,5 %, Tuberkulose 1,2 %, Influenza 1,01 %, Syphilis 8,1 %, Typhus 1,01 %, Schilddrüsenerkrankung 0,4 %. Entlassen erwerbsfähig 15,1 %, gebessert 53,3 %, ungeheilt 31,6 %. Gestorben 8,7 %, davon an Lungentuberkulose 8. Beschäftigt 58,5 % M., 51,2 % Fr. — Gesamtausgaben: 395 428,63 M.

„Zum guten Hirten“ (34): Durchschnittl. Jahresbestand 42. Zugang 6. Verstorben 9. Beschäftigungsfähig 15, Schulbesuch 10. — Gesamtausgabe: 29 558,61 M.

Bergmannswohl (3): Anfangsbestand 19 (9 Beobachtungs-, 10 Behandlungsfälle). Zugang 802 (693 u. 109). Abgang 808 (694 u. 114). Bleibt Bestand 13 (8 u. 5). Im Vereinslazarett übernommen aus dem Vorj. 90 Militärkranke, Zugang 413, Entlassungen 395, Schlußbestand 108. In der Unfall-Nervenheilanstalt erstatt 789 Gutachten mit 37 Unfallrentenablehnungen = 4,69 % (i. Vorj. 4,99 %), 18 Invalidenrentenablehnungen = 2,28 % (1,53 %), 6 Invalidenrentenbejahungen = 0,76 % (1,41 %), 92 Renteneinstellungen = 11,66 % (8,31 %), 256 Rentenherabsetzungen = 32,45 % (25,06 %), 252 Rentenbelassungen = 31,94 % (28,01 %), ferner 3 Ansprüche verneint, 4 bejaht, 6 behauptete Verschlimmerungen verneint, 4 bejaht, 3 Neufestsetzungen nach Behandlung, 42 Erstfestsetzungen nach Beobachtung. 66 Fälle von Behandlung Frischerkrankter mit Erstfestsetzungen. Nach Behandlung erlangten zwei Drittel der Erwerbsfähigkeit und mehr 45 Kr. = 68,2 %, bis zur Hälfte weitere 9 Kr. = 13,6 %, 12 Kr. = 18,2 %, blieben infolge Schwere



der Verletzung unter der ½-Erwerbsfähigkeit. Von 119 Behandlungsfällen Behandlung von Erfolg bei 117 (in d. 10 a. d. Vorj.), ohne Erfolg 2. Abweichend von unseren Schätzungen (450 Fälle) von den Vers.-Ämtern entschieden bei $4^2/_3$ unsere Schätzungen anerkannt bei $95^1/_3$%. Unter den Nervenkrankheiten Diagnosen: Nervenschwäche bei 122, Hysterie 103, Epilepsie 22, Dem. paralytica 6, Gehirnsyphilis 8, Alkoholismus 2, traumatische Demenz 5, Schreckneurosen 3, usw., Gehirnerschütterung 165. Zugewiesen vom Reichs-Vers.-Amt waren 1, Ober-Versicherungsämter 21.

Roda (20): Genesungshaus, Abt. f. Geisteskranke, Anfangsbestand 366 (172 m. 194 w.). Zugang 184 (87 m. 97 w.). Abgang 272 (131 m. 141 w.). Bleibt Bestand 278 (128 m. 150 w.), davon in Familienpflege 26 (12 m. 14 w.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 112 (45 m. 67 w.), paralytischer 30 (17 m. 13 w.), Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 21 (11 m. 10 w.), Epilepsie 9 (6 M. 3 w.), Hysterie 9 (6 m. 3 w.), Neurasthenie 1 M., andere Erkr. 1 Fr.; nicht geisteskrank zur Beobachtung 1 M. Erblichkeit nachgewiesen bei 105 (49 m. 56 w.), Alkoholmißbrauch 12 M. Entlassen geheilt 46 (22 m. 24 w.), gebessert 38 (16 m. 22 w.), ungeheilt 8 (4 m. 4 w.). Gestorben 180 (89 m. 91 w.), davon infolge Lungentuberkulose 60 (33 m. 27 w.), paralytischem Marasmus 16 (11 m. 5 w.). In der Abtlg. für körperl. Kranke verpflegt 325 (170 m. 145 w.). Gestorben 21.

Martinshaus: Anfangsbestand 101 (56 m. 45 w.). Zugang 27 (19 m. 8 w.). Abgang 29 (18 m. 11 w.). Bleibt Bestand 99 (57 m. 42 w.). Von den Verpflegten litten an Epilepsie (allein) 27 (19 Kn. 8 Md.), mit Chorea 2 Kn., an Lähmungen der Hirnnerven 10 (6 Kn. 4 Md.), der Gliedmaßen 5 (2 Kn. 3 Md.), gleichzeitig 1 Kn. Epilepsie, Chorea mit Lähmungen 1 Kn. Schulbesuch 87 (57 Kn. 30 Md.), davon mit Erfolg 64 (38Kn. 26 Md.). Erbliche Disposition zu Geistes- und Nervenkrankheiten bei 45, Alkoholismus 16, Syphilis 3, Tuberkulose 10. Gestorben 3.

Eglfing (8): Anfangsbestand 1183 (547 M. 636 Fr.). Zugang 416 (199 M. 217 Fr.). Abgang 503 (231 M. 272 Fr.). Bleibt Bestand 1096 (515 M. 581 Fr.). Vom Zugang litten an Psychosen bei sklerotischen u. a. gröberen Hirnerkrankungen 3 (2 M. 1 Fr.), Psychosen bei Vergiftungen (Morphinismus) 3 M., Alkoholismus 6 (4 M. 2 Fr.), Lues cerebri u. Tabespsychosen 3 (1 M. 2 Fr.), progressiver Paralyse 69 (52 M. 17 Fr.), senilen und präsenilen Erkrankungen 7 (2 M. 5 Fr.), arteriosklerotischen 12 (7 M. 5 Fr.), Dementia praecox 131 (59 M. 72 Fr.), paranoiden Schwachsinnsformen 12 (4 M. 8 Fr.), Epilepsie 17 (7 M. 10 Fr.), man.-depressiven Formen 95 (31 M. 64 Fr.), Hysterie 13 (6 M. 7 Fr.), Haftpsychosen 9 (8 M. 1 Fr.), psychopathischer Persönlichkeit 15 (7 M. 8 Fr.), Imbezillität, Debilität 17 (6 M. 11 Fr.), Idiotie 1 Fr., nicht geisteskrank 3 Fr. Entlassen geheilt 6, gebessert 207, ungeheilt 15, überführt 43, nicht geisteskrank 3. Gestorben 229 (110 M. 119 Fr.) = 14,32 % des Gesamtbestandes, 20 % des Durchschnittbestandes; verstorben im paralytischen Status 24, an paralytischem Marasmus 12. Erhöhte Sterblichkeit an Lungentuberkulose (57), Herzkrankheiten (40), Erschöpfungszuständen, Folgen der Ernährungsschwierigkeiten. Sterblichkeit vor dem Kriege im Durchschnitt 11—12 %, gestiegen inzwischen auf 20 % (Vorjahr 18,25 %). — Gesamtausgabe: 1 972 627,36 M.

Günzburg a. D. (12): Erste Belegung im Jahre 1915 mit 110 Kr., von Kaufbeuren überführt, weitere Überführungen 1916 von 126 Kr., Neuaufnahmen 43 M. 50 Fr. Unter den 1915/16 Aufgenommenen waren Dementia praecox mit 45,8 %, manisch-depressives Irresein mit 27,1 % vorwiegende Krankheitsformen. Erbliche Belastung bei 45,8 % M. und 41,6 % Fr. Unter den Krankheitsursachen Potatorium bei 16 M. 3 Fr., Lues 5 M. 2 Fr., Gemütserschütterung 3 M. 19 Fr., Militärdienst 15 M. Kriminalität bei 7 M. 3 Fr. Entlassen genesen 6,2 %, gebessert 11,6 % des Durchschnitts, gestorben 8,6 %, davon infolge Paralyse 22,2 % Tuberkulose 16,6 %. — 1917 betrug der Anfangsbestand 258 (120 M. 138 Fr.). Aufnahmen 141 (74 M. 67 Fr.). Abgang 117 (61 M. 56 Fr.). Bleibt Bestand 269 (120 M. 149 Fr.). Vom Zugang, davon Überführungen aus anderen Anstalten 11 M. 37 Fr. litten an chron. Alkoholismus 2 (1 M. 1 Fr.), Lues cerebri, progressiver Paralyse je 1 M., senilem Schwachsinn 5 (4 M. 1 Fr.), Dementia praecox 37 (17 M. 20 Fr.), paranoiden Schwachsinnsformen 15 (3 M. 12 Fr.), genuiner Epilepsie 7 (5 M. 2 Fr.), manisch-depressivem Irresein 37 (13 M. 24Fr.), hysterischen Erkrankungen 7 (4 M. 3 Fr.), haltlose Psychopathen 3 M., Imbezillität, Idiotie 5, sonstige Krankheitsformen in Einzelfällen. Von aufgenommenen Heeresangehörigen litten 8 an manisch-depressivem Irresein, Dementia praecox, paranoides je 1, Hysterie 2, Psychopathie 1. Erbliche Belastung beim Gesamtzugang nachgewiesen bei 74 M. in 42 Fällen = 56,7 %, 67 Fr. in 31 Fällen = 46,2 %. Mit dem Strafgesetz in Konflikt 16 M. 3 Fr. Gerichtliche Begutachtungen über 3 M. 2 Fr. Entlassen genesen 6,5 %, gebessert 13,2 %, ungeheilt 11,3 % des Durchschnitts; gestorben 15,3 %, darunter 10 Tuberkulosefälle = 23,8 % der Gesamtsterblichkeit, Störung der Zirkulationsorgane 28,5 %. — In der Pflegestätte für Kriegsangehörige 57 Aufnahmen, davon litten an inneren und Nervenkrankheiten 33 (Neurasthenie 13, Hysterie 5, Depressionszustände 10, akute Verwirrtheit 1). — Gesamtausgaben: 1915 = 47 048,14 M., 1916 = 306 919,82 M., 1917 = 483 162,75 M.

Haar (13): A. Hauptanstalt, Anfangsbestand 555 (242 M. 313 Fr.). Zugang 284 (144 M. 140 Fr.). Abgang 318 (176 M. 151 Fr.). Bleibt Bestand 521 (219 M. 302 Fr.). Von den Zugängen aus der Stadt München 208 (102 M. 106 Fr.); 78,5 % der gesamten Aufnahmen aus der psychiatrischen Klinik München; aus dem Res.-Laz. Haar übernommen 25 M. nach Durchführung des D.-U.-Verfahrens. Haupterkrankungsformen der Gesamtzugänge: Dementia praecox 33 %, progressive Paralyse 20 %, manisch-depressives Irresein 14,7 %, Epilepsie 4,9 %, Hysterie 4,6 %, Imbezillität 3,2 %, Alkoholismus 1 % M. Entlassen 151 (79 M. 72 Fr.), überwiesen an andere Anstalten 17 (9 M. 8 Fr.). Gestorben 150 (79 M. 71 Fr.) = 27,7 % des Durchschnittsbestandes, über die Hälfte (51 %) nach Krankheitsformen und Alter ohnehin dem Tode verfallen; 36 % betreffen paralytische Kranke, 15 % über 70 Jahre alt; ein Drittel aller Todesfälle = 8,1 %, Opfer der Tuberkulose. — B. Kinderhaus: Anfangsbestand 55 (48 Kn. 7 Md.). Zugang 91 (57 Kn. 34 Md.), Abgang 78 (52 Kn. 26 Md.). Bleibt Bestand 68 (53 Kn. 15 Md.). Vom Zugang litten an progressiver Paralyse 1 w., Dementia praecox 1 w., Epilepsie 11 (5 m. 6 w.), manisch-depressiver Veranlagung 3 (2 m. 1 w.), psychopathischer Persönlichkeit 14 (12 m. 2 w.), Imbezillität und Debilität 15 (9 m. 6 w.), Idiotie 45 (27 m.



18 w.). Erbliche Belastung nachweisbar bei 29 m. 12 w. des Zugangs, hiervon durch Trunksucht der Eltern 13 m. 4 w. Von der Gesamtfrequenz (146) schul- und fortbildungspflichtig 114, bildungsfähig im weitesten Sinne 38,3 % des Ges.-Bestandes. — Gesamtausgabe: 673 635,20 M.

Werneck (33): Anfangsbestand 1916 = 608 (307 M. 301 Fr.). Zugang 139 (64 M. 75 Fr.). Abgang 114 (56 M. 58 Fr.). Bleibt Bestand für 1917 = 633 (315 M. 318 Fr.). Zugang 1917 = 171 (61 M. 110 Fr.). Abgang 193 (96 M. 97 Fr.). Schlußbestand 611 (280 M. 331 Fr.). Von den Zugängen litten an Psychosen bei gröberen Hirnerkrankungen 3 w., Akoholismus 10 m., Lues cerebri, Tabespsychosen 2 w., progressiver Paralyse 7 (6 m. 1 w.) und 9 (8 m. 1 w.), senilen und präsenilen Erkrankungen 9 (3 m. 6 w.) und 12 (2 m. 10 w.), arteriosklerotischen 2 m., Dem. praecox 27 (15 m. 12 w.) und 58 (18 m 40 w.), paranoiden Schwachsinnsformen 8 (5 m. 3 w.) und 7 (2 m. 5 w.), manisch-depressiven Veranlagungen und Psychosen 52 (14 m. 38 w.) und 48 (10 m. 38 w.), Hysterie 2 w., anderen psychogenen Erkrankungen, Haft usw. 5 (4 m. 1 w.), Paranoia 1 m., psychopathischer Persönlichkeit 10 m. 1 w., Imbezillität, Debilität 9 (3 m. 6 w.) und 10 (2 m. 8 w.), Idiotie 3 (2 m. 1 w.); nicht geisteskrank 2 m. 1 w. Zur Beobachtung nach § 81 eingewiesen 1916 = 4 m., 1917 = 3 m. 1 Fr., davon zurechnungsfähig 6 m. 1 Fr. Entlassen genesen 23 (12 m. 11 w.), gebessert 79 (35 m. 44 w.), ungebessert 24 (12 m. 12 w.), überführt 28 (20 m. 8 w.). Gestorben 56 (26 m. 30 w.) und 94 (44 m. 50 w.). Die Durchschnittssterblichkeit betrug vor dem Kriege (1901—1914) = 7,4 %, 1916 und 1917 = 9,2% und 14,8 %, an Tuberkulose starben 1901—1914 im Durchschnitt 26,7 %, in den Jahren 1916 und 1917 stieg die Ziffer auf 33,9 % und 37,7 %. Typhus und Ruhr 1917 in beschränktem Maßstabe, je 2 Todesfälle. Res.-Lazarett erweitert auf 45 Betten, behandelt nur noch ausgesprochene Psychosen oder psychopathische Reaktionen. — Gesamtausgaben: 1916 = 567 710 M., 1917 = 658 829 M.

Badische Anstalten (2). Dem Bericht für die Jahre 1915 und 1916 ist zu entnehmen für:

Heidelberg: Anfangsbestand 1915 = 136 (65 M. 71 Fr.). Zugang 1030 (731 M. 299 Fr.). Abgang 1037 (741 M. 296 Fr.). Bleibt Bestand 129 (55 M. 74 Fr.). Zugang 1916 = 878 (570 M. 308 Fr.). Abgang 887 (574 M. 313 Fr.). Schlußbestand 120 (51 M. 69 Fr.). Vom Zugang, erste Aufnahmen 1915 = 870, 1916 = 740, darunter seitens der Militärbehörde eingewiesen 419 und 316, der Militärgerichte 13 und 8 zeigten originär-paranoische Konstitution und zwar mit Querulantenwahn 1 Kr., manisch-depressive Formen, bzw. Konstitution 11 und 16, manisch-depressives Irresein 78 und 60 andere psychopathische Formen mit psychopathischer Konstitution 135 und 113, darunter mit angeborenem degenerativen Schwachsinn 12 und 14, epileptoidem 24 und 19, hysterischem Charakter 47 und 29, psychopath. Formen mit pathologischer Reaktion (Psychosen nach Schreck, Konflikt, Trauma u. dgl.) 111 und 79; an Imbezillität litten 22 und 4, Idiotie, Kretinismus Einzelfälle, Alkoholismus 52 und 38, Morphinismus 2, Lues cerebri 3 und 1, progressiver Paralyse 61 und 50; Psychosen bei akut toxisch wirkenden Krankheiten 13 und 10, sonstige Psychosen 23 und 19, Dementia praecox 338 und 334, Epilepsie 48 und 36,



Psychosen des Rückbildungsalters 58 und 34, unklare akute Fälle 20 und 2, chronische 14 und 33, nicht geisteskrank oder psychopathisch 40 und 26. Zur Beobachtung auf Grund § 81 StrPO. eingewiesen 17 und 22, davon unter § 51 StrGB. fallend 2 und 9, gemäß § 8 des Irrengesetzes eingewiesen 1915 = 421, davon 419 Militärpersonen, 1916 = 316 Militärpersonen. Aus Strafanstalten 6 und 8. Entlassene Geisteskranke geheilt, gebessert 223 und 222. Gestorben 55 und 55. — Die Poliklinik wiedereröffnet 15. IV. 15, die Sprechstunde wurde aufgesucht 1915 von 233 M. 164 Fr., 1916 von 517 M. 175 Fr. davon Aufnahmen in die Klinik 23 M. 27 Fr. und 25 M. 28 Fr. — Gesamtausgaben: 1915 = 241 511,39 M., 1916 = 275 071,54 M.

Freiburg i. B., Psychiatr. Abtlg.: Anfangsbestand 1915 = 138 (77 M. 61 Fr.). Zugang 925 (696 M. 229 Fr.). Abgang 938 (709 M. 229 Fr.). Bleibt Bestand 125 (64 M. 61 Fr.). Zugang 1916 = 845 (622 M. 223 Fr.). Abgang 833 (615 M. 218 Fr.). Schlußbestand 137 (71 M. 66 Fr.). Formen der Seelenstörungen: Einfache Seelenstörung bei 62 u. 56, paralytische 5 u. 3, Imbezillität, Idiotie 8 u. 5, Epilepsie 5 u. 4, Hysterie 4 u. 27, andere Krankheiten des Nervensystems 3 u. 3, Alkoholismus je 1 Kr., dazu an Seelenstörung erkrankte Soldaten 37 u. 38. Im Strafverfahren zur Beobachtung eingewiesen 56 u. 52, davon vom Militärgericht 38 u. 42. Entlassen geheilt, gebessert 203 u. 161. Soldaten, ins Garnisonlazarett zurück 384 u. 385. Gestorben 62 u. 51. — In der Abt. für Nervenkranke (größtenteils chirurg. Lazarett) Anfangsbestand 1915 = 8, Zugang 136, Abgang 131, bleibt Bestand 13. Zugang für 1916 = 147, Abgang 149, bleibt Schlußbestand 11. —. In der Poliklinik behandelt 1915 = 682 Kr., 1916 = 996 Kr. — Gesamtausgaben: 1915 = 292 667,12 M., 1916 = 295 169,63 M.

Illenau: Anfangsbestand 1915 = 641 (312 M. 329 Fr.). Zugang 520 (273 M. 247 Fr.). Abgang 516 (280 M. 236 Fr.). Bleibt Bestand 645 (305 M. 340 Fr.). Zugang 1916 = 517 (250 M. 267 Fr.). Abgang 554 (292 M. 262 Fr.). Schlußbestand 608 (263 M. 345 Fr.). Vom Zugang, erste Aufnahmen 358 u. 331, Militärpersonen 82 u. 53, zeigten originär-paranoische Konstitution 1915 = 1, Paranoia 4 u. 6, manisch-depressive Konstitution 9 u. 9, manisch-depressives Irresein 110 u. 145, psychopathische Konstitution 71 u. 68, pathologische Reaktionen psychotischer Form (Schreck, Konflikt, Haft, Trauma) 18 u. 8; an Imbezillität litten 18 u. 7, Alkoholismus 28 u. 35, Morphinismus 3 u. 2, progressiver Paralyse 15 u. 16; sonstigen Psychosen auf akut toxischer Grundlage usw. 5 u. 5, Erschöpfungspsychosen 26 u. 16, Dementia praecox 172 u. 159, Epilepsie 12 u. 4, senilen und arteriosklerotischen Prozessen 25 u. 34. Gerichtsseitig eingewiesen 11 u. 7, davon nicht zurechnungsfähig 6 u. 1, vom Militärgericht eingewiesen 16 u. 10, nicht zurechnungsfähig 9 u. 6. Entlassen geheilt 41 u. 31, gebessert 287 u. 302. Gestorben 82 u. 74. — Gesamtausgaben 1915 = 877 446,52 M., 1916 = 940 436,59 M.

Pforzheim: Anfangsbestand 1915 = 558 (286 M. 272 Fr.). Zugang 68 (38 M. 30 Fr.). Abgang 92 (52 M. 40 Fr.). Bleibt Bestand 534 (272 M. 262 Fr.). Zugang 1916 = 132 (68 M. 64 Fr.). Abgang 122 (67 M. 55 Fr.). Schlußbestand 544 (273 M. 271 Fr.). Von den in den Berichtsjahren verpflegten Kranken litten an einfacher Seelenstörung 499 u. 533, paralytischer 42 u. 44; Imbezillität, Idiotie, Kretinismus



66 u. 63, Epilepsie mit Seelenstörung 10 u. 12, Hysterie je 1, Chorea 1, anderen Krankheiten des Nervensystems je 5, Alkoholismus 2 u. 8. Gerichtsseitig eingewiesen 3, davon nicht zurechnungsfähig 1, vermindert 2. Entlassen gebessert 4 u. 6, Gestorben 83 u. 112, davon infolge Tuberkulose 22, an Tuberkulose erkrankt 12 u. 30. — Gesamtausgaben: 1915 = 416 961,62 M., 1916 = 446 141,43 M.

Emmendingen: Anfangsbestand 1915 = 1290 (707 M. 583 Fr.). Zugang 464 (336 M. 128 Fr.). Abgang 467 (334 M. 133 Fr.). Bleibt Bestand 1287 (709 M. 578 Fr.). Zugang 1916 = 418 (254 M. 164 Fr.). Abgang 468 (305 M. 163 Fr.). Schlußbestand 1237 (658 M. 599 Fr.). Von den Zugängen erste Aufnahmen 404 u. 332, Militärpersonen 198 u. 152. Von den Gesamtbeständen litten an einfacher Seelenstörung 1192 Zivilpersonen, 112 Militärs u. 925 Z., 110 Mil., paralytischer 9 Z., 18 Mil. u. 2 Z., 6 Mil., Imbezillität 163 Z., 22 Mil. u. 134 Z., 24 Mil., Epilepsie mit Seelenstörung 106 Z., 14 Mil. u. 83 Z., 7 Mil., Hysterie 8 Z., 34 Mil. u. 5 Z., 19 Mil., Alkoholismus 43 Z., 21 Mil. u. 19 Z., 2 Mil., Neurasthenie 4 Mil., anderen Krankheiten des Nervensystems 6 u. 4 Z. Mit dem Strafgesetz in Konflikt 332 M. 53 Fr. u. 327 M. 54 Fr. Entlassen gebessert 226 u. 163. Gestorben 137 u. 167, davon infolge Tuberkulose 124. — Gesamtausgabe: 1915 = 1 593 468,81 M., 1916 = 1 614 395,17 M.

Wiesloch: Anfangsbestand 1915 = 1263 (645 M. 618 Fr.). Zugang 545 (348 M. 197 Fr.). Abgang 440 (278 M. 162 Fr.). Bleibt Bestand 1368 (715 M. 653 Fr.). Zugang 1916 = 409 (242 M. 167 Fr.). Abgang 566 (339 M. 227 Fr.). Schlußbestand 1211 (618 M. 593 Fr.). Von den Zugängen, erste Aufnahmen 432 u. 322, litten an einfacher Seelenstörung 291 (122 M. 169 Fr.) u. 233 (89 M. 144 Fr.), paralytischer 29 (22 M. 7 Fr.) u. 24 (19 M. 5 Fr.), Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 32 (16 M. 16 Fr.) u. 15 (9 M. 6 Fr.), Epilepsie 18 (13 M. 5 Fr.) u. 26 (19 M. 7 Fr.). Hysterie 2 M. u. 1 M. 3 Fr., Neurasthenie 4 M. u. 3 M., Alkoholismus 12 M. u. 15 M. 2 Fr., unter den Aufgeführten waren Soldaten 142 u. 68, Kriegsgefangene 7 u. 13. Strafrechtliche Fälle 7 u. 6, davon geisteskrank 7. Aus den Unfallgutachten hervorzuheben 4 Fälle (Tod). Zusammenhang zwischen Unfall und progr. Paralyse. bejaht, 1 Fall desgl. mit Dementia praecox, verneint. Entlassen gebessert 222 u. 224. Gestorben 123 u. 177, davon infolge Tuberkulose 22 u. 26. Interessante Statistik der Häufung von Todesfällen während des Krieges: 1913 = 4,23 %, 1914 = 5,53 %, 1915 = 7,50 %, 1916 = 11,21 % der Verpflegten. — 1915 Beginn heftiger Dysenterie besonders auf der Frauenseite, Anfang Januar 1916 = 131 weibl. Pfleglinge erkrankt, 29 Wärterinnen, 50 Männerseite. Der epidemischen Dysenterieerkrankung folgt dann, mit Beginn Mitte Sept. 1916 schwere Typhusepidemie; bei 21 Kr. ganz schwere Krankheitsbilder des Typhus direkt im Anschluß an Dysenterie. Insgesamt erkrankt 71 weibl., 36 männl. Pat., 36 Pfleger, 4 Wärterinnen; gestorben 10 Kr. Die Anstalt mußte im September für Aufnahmen geschlossen werden. Umfangreiche sanitäre Maßnahmen, Typhusschutzimpfung der gesamten Insassen, der Beamten, des Personals, der Familien. — Gesamtausgaben: 1915 = 1 267 754,42 M., 1916 = 1 396 316,57 M.

Konstanz: Anfangsbestand 1915 = 366 (180 M. 186 Fr.). Zugang 238 (161 M. 77 Fr.). Abgang 228 (153 M. 75 Fr.). Bleibt Bestand 376 (188 M. 188 Fr.).



Zugang 1916 = 216 (141 M. 75 Fr.). Abgang 200 (149 M. 51 Fr.). Schlußbestand 392 (180 M. 212 Fr.). Von den Zugängen, erste Aufnahmen 215 u. 189, Militärpersonen 74 u. 66, zeigten originär-paranoische Formen 3 u. 2, manisch-depressive 40 u. 34, psychopathische 17 u. 25, Imbezillität, Idiotie 9 u. 6, Alkoholismus 10 u. 7, progressive Paralyse 22 u. 16, Lues cerebri 2 u. 2, andere Psychosen 14 u. 11, Dementia praecox 84 u. 87, Epilepsie 24 u. 11, senile und arteriosklerotische Prozesse 13 u. 13. Gerichtsseitig zur Beobachtung 6 u. 3, davon zum Strafvollzug 4. Entlassen genesen 6 u. 1, gebessert 89 u. 95; gestorben 33 u. 31, davon infolge Tuberkulose 10 u. 6. — Gesamtausgaben: 1915 = 542 670,42 M., 1906 = 668 247,28 M. — Tabellen über die Krankenbewegung in den staatlichen Irrenanstalten seit 1870, der ordentlichen Ausgaben seit 1870, der außerordentlichen Ausgaben seit 1884 sind dem Bericht beigefügt.

Friedmatt-Basel (11): Anfangsbestand 247 (122 M. 152 Fr.). Zugang 209 (109 M. 100 Fr.). Abgang 197 (108 M. 89 Fr.). Bleibt Bestand 286 (123 M. 163 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen, darunter frische Aufnahmen 150 (75 M. 75 Fr.): Idiotie, Imbezillität 10 (8 M. 2 Fr.), konstitutionelle Psychosen 40 (30 M. 10 Fr.), erworbene einfache 97 (38 M. 59 Fr.), paralytische 11 (8 M. 3 Fr.), senile 18)6 M. 12 Fr.), organische 1 Fr., epileptische 15 (7 M. 8 Fr.), alkoholische 15 (12 M. 3 Fr.), andere toxische 2 Fr. Erblichkeit bei 52 M. 50 Fr. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat 40 (15 M. 25 Fr.), 2—3 Monate 12 (2 M. 10 Fr.), 4—6 Monate 12 (2 M. 10 Fr.), 7—12 Monate 14 (4 M. 10 Fr.), 1—2 Jahre 8 (2 M. 6 Fr.), 3—5 Jahre 6 (3 M. 3 Fr.), über 5 Jahre 32 (17 M. 15 Fr.), unbekannt 85 (62 M. 23 Fr.). Entlassen geheilt 34 (11 M. 23 Fr.), gebessert 86 (46 M. 40 Fr.). Gestorben 17 (8 M. 9 Fr.), davon infolge Tuberkulose 1 Fr., gröbere Erkrankungen des Nervensystems 11 (6 M. 5 Fr.), nervöser Erschöpfung 1 M. 1 Fr. — Gesamtausgaben: 598 483,96 Frs.

Sonnenhalde-Riehen (24): Anfangsbestand 37 weibl. Patienten. Aufnahmen 77. Abgang 79. Von den Ausgetretenen waren nicht gemütskrank 10, litten an angeborenen und konstitutionellen Formen 7, manisch-depressiven 26, Dementia praecox-Gruppe 31, organ. Formen 1, epileptischen 3, Intoxikationspsychose (Morph.) 1. Erbliche Belastung zu Gemütskrankheiten bei 40, zu Nervosität, Gemütsschwankungen, abnorm. Charakteren, durch Alkoholismus in 92 Fällen. Geheilt entlassen, bzw. in hohem Grade gebessert 18, gebessert 42. Gestorben 1. — Gesamtausgaben: 92 451,70 Frs.

Bernische kantonale Anstalten (4). Waldau: Anfangsbestand 856 (418 M. 438 Fr.). Zugang 184 (122 M. 62 Fr.). Abgang 174 (122 M. 52 Fr.). Bleibt Bestand 866 (418 M. 448 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: angeborene Störungen bei 8 (7 M. 1 Fr.), konstitutionelle 7 (2 M. 5 Fr.), erworbene einfache 118 (69 M. 49 Fr.), paralytische, senile 16 (12 M. 4 Fr.), epileptische Störungen 10 (9 M. 1 Fr.), Intoxikationspsychosen 17 (15 M. 2 Fr.); nicht geisteskrank 8 M. Zur strafrechtlichen Begutachtung 19 M. 1 Fr., strafvollzugsfähig 8 M. Entlassen genesen 8,62 % der Entlassungen, überführt nach anderen Anstalten 22, zur Haft, Gefängnis, Arbeitsanstalten 14, Internierung 2. Gestorben 41 (25 M. 16 Fr.) = 3,94 % des Gesamtbestandes, an Lungen- und Darmtuberkulose 14. — Gesamtausgabe: 891 841,55 Frs., abzüglich Mietzins mit 57 665 Frs.



Münsingen: Anfangsbestand 868 (408 M. 460 Fr.). Zugang 191 (114 M. 77 Fr.). Abgang 190 (120 M. 70 Fr.). Bleibt Bestand 869 (402 M. 467 Fr.), in Familienpflege 49 (16 M. 33 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: angeborener Schwachsinn bei 7 (5 M. 2 Fr.), konstitutionelle Störungen 27 (10 M. 17 Fr.), einfache erworbene 110 (62 M. 48 Fr.), organische, paralytische, senile Störungen 16 (9 M. 7 Fr.), Epilepsie 8 (7 M. 1 Fr.), Intoxikationspsychosen 4 (3 M. 1 Fr.); nicht geisteskrank 18 M. 1 Fr. Erblich belastet 46,6 % der Aufnahmen, durch Trunksucht der Eltern 39,4 %. 20 strafrechtliche Begutachtungen, Internierte 11. Entlassen genesen, gebessert 38,9 % der Entlassungen. Gestorben 58 (34 M. 24 Fr.) = 5,4 % der Verpflegten, an Tuberkulose gestorben 9. — Gesamtausgabe: 829 285,95 Frs., abzüglich Mietzins von 118 901,50 Frs.

Bellelay: Anfangsbestand 330 (131 M. 199 Fr.). Zugang 49 (31 M. 18 Fr.). Abgang 58 (36 M. 22 Fr.). Bleibt Bestand 321 (126 M. 195 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: angeborene Störungen 9 (7 M. 2 Fr.), konstitutionelle 6 (3 M. 3 Fr.), erworbene einfache 21 (11 M. 10 Fr.), organische 2 (1 M. 1 Fr.). Intoxikationspsychosen 2 M., epileptische Störungen 7 (5 M. 2 Fr.); nicht geisteskrank 2 M. Zur Beobachtung 7 M. 1 Fr., sämtlich nicht strafvollzugsfähig, 2 Soldaten straffähig. Polizeilich aus Sicherheitsgründen eingewiesen 5 M. 3 Fr. Entlassen geheilt, gebessert 13. Gestorben 39 (26 M. 13 Fr.) = 10,3 % der Verpflegten, gestorben infolge Tuberkulose 6. — Gesamtausgabe: 317 001,43 Frs., abzüglich Mietzins 24 399,10 Frs.

Waldhaus-Chur (30): Anfangsbestand 319 (160 M. 159 Fr.). Zugang 96 (75 M. 21 Fr.). Abgang 88 (68 M. 20 Fr.). Bleibt Bestand 327 (167 M. 160 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen, darunter 77 (62 M. 15 Fr.) frische Aufnahmen: angeborene Störungen, Idiotie 3 (2 M. 1 Fr.), erworbene Störungen, einfache Psychosen 62 (44 M. 18 Fr.), paralytisch-senil-organische Störungen 8 (7 M. 1 Fr.), erworbene Störungen mit Epilepsie 6 M., Intoxikationspsychosen 14 (13 M. 1 Fr.); nicht geisteskrank 3 M. zur Beobachtung, strafvollzugsfähig. Erblichkeit 38 %. Entlassen genesen 6 = 7,2 % des Abgangs. Gestorben 27 (16 M. 11 Fr.) = 6,5 % der Verpflegten, davon infolge Tuberkulose verstorben 9 (4 M. 5 Fr.). — Gesamtausgabe: 321 580,32 Frs.

Burghölzli (6): Anfangsbestand 428 (215 M. 213 Fr.). Zugang 627 (378 M. 249 Fr.). Abgang 631 (386 M. 245 Fr.). Bleibt Bestand 424 (207 M. 217 Fr.). Diagnosen der frischen Aufnahmen = 430 (261 M. 169 Fr.): angeborene Psychosen 23 (13 M. 10 Fr.), konstitutionelle 36 (23 M. 13 Fr.), erworbene idiopathische 7, a) manisch-depressive Formen 19 (7 M. 12 Fr.), b) Verblödungsformen (Schizophrenie) 197 (100 M. 97 Fr.), c) andere Formen 18 (13 M. 5 Fr.), organische Störungen 80 (53 M. 27 Fr.), davon progr. Paralyse 36 (28 M. 8 Fr.), Epilepsie 17 (13 M. 4 Fr.). Intoxikationspsychosen 61 (46 M. 15 Fr.); nicht geisteskrank (Untersuchungsfälle) 15 M., 10 Fälle von Gerichts- und Militärbehörden eingewiesen, Grenzfälle von Psychopathien, Hälfte ausgesprochene Simulanten. Militärpatienten: 10 Schweizer, 22 Kriegsinternierte. Abgegebene strafrechtliche Gutachten 68. Entlassen geheilt, gebessert 56 % des Gesamtabgangs. Gestorben 65 (47 M. 18 Fr.), davon infolge Tuberkulose 6 (5 M. 1 Fr.), Hirnkrankheiten 41 (32 M. 9 Fr.). — In der Psychiatr.



Klinik behandelt 772 P., davon in Anstalten eingewiesen 95, noch in Behandlung 127. — Wirkliche Betriebsausgaben: 595 893,56 Frs.

Ellikon (10): Anfangsbestand 25 Pfl. Zugang 34. Entlassen 41. Bleibt Bestand 18. Von den Aufgenommenen litten an chron. Alkoholismus ohne Komplikationen 12, Trunksucht leichteren Grades 6, mit Delirium, Korsakoff usw. 15, geisteskrank (Dem. praecox) 1. Erbliche Belastung durch die Eltern 18, Familienanlage 2, geisteskranke oder absonderliche Verwandte 4. Die Kurzeit nach Vorschrift durchgeführt 21 Pfl., abstinent geblieben bis jetzt 15, rückfällig 4, ohne Nachricht 2. Von den Entlassenen früherer Jahrgänge sind nachweislich abstinent geblieben vom Jahre 1913 bei 29 Entlassenen 31 %, 1914 mit 25 Entl. 36 %, 1915 mit 22 Entl. 54,5 %, 1916 mit 14 Entl. 50 %. Gesamtausgabe für Verpflegung und Lebenshaltung 34 808,77 Frs.; Verpflegungstag f. d. Pfl. = 4,24 Frs.

Wil (36): Anfangsbestand 897 (449 M. 448 Fr.). Zugang 353 (149 M. 204 Fr.). Abgang 389 (188 M. 201 Fr.). Bleibt Bestand 861 (410 M. 451 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen, darunter erstmals aufgenommenen 290 (124 M. 166 Fr.): angeborene Störungen 28 (12 M. 16 Fr.), konstitutionelle 33 (18 M. 15 Fr.) einfache erworbene Störungen 128 (41 M. 87 Fr.), paralytisch-senile-organische Störungen 66 (30 M. 36 Fr.), epileptische 9 (6 M. 3 Fr.), Intoxikationspsychosen 21 (17 M. 4 Fr.), körperlich Kranke und Altersschwache 68 (25 M. 43 Fr.). Krankheitsdauer der erstmals Aufgenommenen vor der Aufnahme (Geisteskranke) bis 1 Monat bei 20 (7 M. 13 Fr.), 1—6 Monate 38 (19 M. 19 Fr.), 6—12 Monate 17 (10 M. 7 Fr.), 1—3 Jahre 57 (18 M. 39 Fr.), 3—6 Jahre 23 (12 M. 11 Fr.), über 6 Jahre 76 (36 M. 40 Fr.). Erblichkeit der erstmaligen Aufnahmen 61 % M. 53 % Fr. Übermäßiger Alkoholgenuß bei 18 M. 4 Fr. Mit dem Strafgesetz in Konflikt 21 % der aufgenommenen geisteskr. M., 1½ % Fr. Zur Begutachtung 5 strafrechtliche Fälle. Entlassen geheilt 42 (13 M. 29 Fr.), gebessert 72 (35 M. 37 Fr.). Gestorben 22% der Verpflegten bei den körperl. Kranken und Altersschwachen, 12 % der Geisteskranken, davon 57 % der paralytisch-senilen organ. Gruppe. — Gesamtausgabe: 781 659,84 Frs.

Münsterlingen (17): Anfangsbestand 434 (172 M. 262 Fr.). Zugang 157 (78 M. 79 Fr.). Abgang 167 (78 M. 89 Fr.). Bleibt Bestand 424 (172 M. 252 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: angeborene Psychosen 14 (8 M. 6 Fr.), konstitutionelle 13 (10 M. 4 Fr.), erworbene einfache, a) depressives Irresein 18 (9 M. 9 Fr.), b) Verblödungsformen 73 (32 M. 41 Fr.), c) andere Formen 3 (1 M. 2 Fr.), organische Psychosen 29 (16 M. 13 Fr.), darunter progressive Paralyse 8 (4 M. 4 Fr.), Epilepsie 6 (2 M. 4 Fr.), Intoxikationspsychosen 9 (8 M. 1 Fr.); nicht geisteskrank, zur Beobachtung 1 M. Krankheitsdauer der Aufgenommenen vor der Aufnahme bis 3 Monate 39 (19 M. 20 Fr.), 6 Monate 16 (14 M. 2 Fr.), 1 Jahr 11 (10 M. 1 Fr.), 2—5 Jahre 28 (14 M. 14 Fr.), über 5 Jahre 41 (18 M. 23 Fr.), angeboren 22 (11 M. 11 Fr.). Entlassen geheilt 14 (7 M. 7 Fr.), gebessert 85 (41 M. 44 Fr.). Gestorben 35 (14 M. 21 Fr.). — Gesamtausgabe: 216 009,76 Frs.

Königsfelden (15): Anfangsbestand 836 (377 M. 459 Fr.). Zugang 217 (118 M. 99 Fr.). Abgang 229 (122 M. 107 Fr.). Bleibt Bestand 824 (373 M. 451 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen, davon erstmalige Aufnahmen 93 M. 72 Fr.,



Zugang von anderen Anstalten 17 M. 24 Fr.: Idiotismus, Kretinismus 24 (9 M. 15 Fr.), konstitutionelle und originäre Formen 16 (14 M. 2 Fr.), einfache erworbene 105 (46 M. 59 Fr.), paralytische, senile 34 (17 M. 17 Fr.), epileptische 16 (12 M. 4 Fr.), Intoxikationspsychosen 22 (20 M. 2 Fr.); Erblichkeit bei 59 %, Alkoholmißbrauch 23 % M. Mit den Strafgesetzen in Konflikt, zur Begutachtung 19 M. 2 Fr. Entlassen genesen 12,7 %, gebessert 43,1 % der Entlassenen. Gestorben 71 (41 M. 30 Fr.) = 6,7 % der Verpflegten. — Gesamtausgabe: 975 678,94 Frs.

St. Urban-Luzern (28): Anfangsbestand 1916 = 573 (255 M. 318 Fr.). Zugang 192 (117 M. 75 Fr.). Abgang 177 (102 M. 75 Fr.). Bleibt Bestand für 1917 = 588 (270 M. 318 Fr.). Zugang 181 (99 M. 82 Fr.). Abgang 206 (126 M. 80 Fr.). Schlußbestand 1917 = 563 (243 M. 320 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen in den beiden Berichtsjahren: angeborene Störungen 6 (5 M. 1 Fr.) u. 3 (1 M. 2 Fr.), konstitutionelle 3 M. u. 11 (9 M. 2 Fr.), erworbene einfache Psychosen 128 (73 M. 55 Fr.) u. 128 (63 M. 65 Fr.), paralytische-senile-organ. Formen 25 (16 M. 9 Fr.) u. 15 (7 M. 8 Fr.), epileptische 11 (9 M. 2 Fr.) u. 10 (8 M. 2 Fr.), Intoxikationspsychosen 16 (8 M. 8 Fr.) u. 13 (10 M. 3 Fr.); nicht geisteskrank 3 M. u. 1 M. Erblichkeit bei 147 (72 M. 75 Fr.) u. 160 (78 M. 82 Fr.), Alkoholmißbrauch bei 7 (6 M. 1 Fr.) u. 3 (2 M. 1 Fr.) und 11 Internierten. Kriegsinternierte insges. aufgenommen 21. Mit den Strafgesetzen in Konflikt 7 M. 3 Fr., davon 5 Militärpersonen zur Beobachtung. Militärdienst, Krieg, Kriegsstrapazen Krankheitsursache bei 26 u. 15 M. Geheilt entlassen 34,82 % u. 27,66 % der mutmaßlich heilbaren Patienten (112 u. 141). Gestorben 1916 = 39 (23 M. 16 Fr.), 1917 = 43 (27 M. 16 Fr.) = 5,1 u. 5,59 % der Verpflegten, an Lungentuberkulose verstorben 8 u. 8 Pat. — Gesamtausgabe: 522 813,25 Frs.

Cery (7): Anfangsbestand 518 (261 M. 257 Fr.). Zugang 443 (269 M. 174 Fr.). Abgang 416 (246 M. 170 Fr.). Bleibt Bestand 545 (284 M. 261 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen, darunter erstmalige Aufnahmen 299 (179 M. 120 Fr.): Idiotie, Imbezillität, Kretinismus 44 (36 M. 8 Fr.), konstitutionelle Psychosen 33 (24 M. 9 Fr.), erworbene einfache 247 (122 M. 125 Fr.), organische 58 (35 M. 23 Fr.), epileptische 17 (13 M. 4 Fr.), Intoxikationspsychosen 33 (32 M. 1 Fr.); nicht geisteskrank 11 (7 M. 4 Fr.), Krankheitsformen der Intoxikationspsychosen: akuter Alkoholismus bei 2 M., chronischer 16 (15 M. 1 Fr.), Delirium tremens 11 M., halluzinatorische alkoholische Störung 1 M., Eifersuchtswahn auf alkoholischer Basis 1 M., senile-alkoholische Störung 2 M. Unter den übrigen obengenannten Psychosen, zahlreiche durch Trunksucht ausgelöste Formen. Erblichkeit der erstmalig Aufgenommenen 299 bei 220, durch Alkoholismus der Eltern 86, Trunksucht in der Familie 17. Entlassen genesen 62 (36 M. 26 Fr.), gebessert 148 (74 M. 74 Fr.). Gestorben 75 (36 M. 39 Fr.), davon infolge Lungentuberkulose 15. — Gesamtausgabe: 873 490,63 Frs.

Santiago (21): Anfangsbestand 1916 = 1867 (888 M. 979 Fr.). Zugang 936 (454 M. 482 Fr.). Abgang 885 (440 M. 445 Fr.). Bleibt Bestand 1918 (902 M. 1016 Fr.). Hauptsächlichste Krankheitsformen der Aufgenommenen: Dementia praecox bei 21 %, neurotische Psychosen 15 %, toxische 15 %, manisch-depressive 14 %, Infektionspsychosen 8 %, Involutionspsychosen 7 %, chronische Delirien



7 %, progressive Paralyse 6 %, geistige Degeneration 5 %, organische Psychosen 0,9 %, auto-toxische 2 %. 30 % der Aufgenommenen sind vollkommen schulfremd (i. Vorj. 33 %), Lesen und Schreiben können 64 % (i. Vorj. 63 %). Unter den Aufgenommenen europäische Ausländer ca. 50 (Deutsche und Österreicher 4). Kriminalität bei 20 (18 M. 2 Fr.). Erblich belastet durch Trunksucht der Eltern 208. Vom Gesamtbestande waren dem Alkoholmißbrauch unterlegen 15,56 % bzw. 25 % M. 6,72 % Fr. Eine Tabelle (S. 7 des Berichts) gibt den Stand der auf alkoholischer Basis in den Jahren 1896—1916 Erkrankten an. Daraus seien folgende Zahlen herausgegriffen: 1896 werden total 59,83 % des Gesamtbestandes angegeben, 1905 = 35,34 %, der Durchschnitt hält sich bis dahin auf ca. 41 %, von diesem Zeitpunkt ab sinken die Ziffern unter 30 %, im Durchschnitt auf 23 %, Mindestziffern werden erreicht 1912 mit 14,82 %, 1915/16 mit ca. 15,5 %. — Von den 885 Pers. des Abgangs sind geheilt entlassen 235, gebessert 112; gestorben sind 283 = 10 % des Gesamtbestandes (i. Vorj. 9,17 %), infolge Lungentuberkulose waren eingegangen 54. — Das Konsultorium wurde in Anspruch genommen von 4325 Personen, von denen 2548 an hysterischen Formen litten, im übrigen nervöse, psychische Erkrankungen usw. der verschiedensten Art. — In den Observationshäusern war ein Bestand von 14 P. Zugang während des Berichtsjahres 1021. Der Anstalt wurden zugeführt 751, geheilt entlassen 127, zur Familie zurückgenommen 78, ins Hospital aufgenommen 3, verstorben 32. Bestand am Jahresschluß 32. — Gesamtausgabe: 1 242 421,05 P.

---

4. Neurosen.

Ref.: Hans Laehr-Wernigerode.

1. *Aaron, Hans* (Breslau), Gehäufte kleine nicht-epileptische Anfälle (Narkolepsie); Krankendemonstration. Berl. klin. Wschr. S. 1012.
2. *Adler, Alfred* (Wien), Die neuen Gesichtspunkte in der Frage der Kriegsneurose. Med. Klin. S. 66.
3. Ders., Über Zwangsneurosen. Med. Klin. S. 455.
4. *Alexander, W.* (Berlin), Beitrag zur Behandlung der hysterischen Taubheit. Ztschr. f. phys. u. diät. Ther., Febr.
5. Ders., Polyneuritis ambulatoria. Deutsche med. Wschr. S. 854.
6. *Alt, Konrad* (Uchtspringe), Über Kriegsneurosen. Ztschr. f. ärztl. Fortb. u. Berl. klin. Wschr. S. 23.
7. *Ausch, Oskar* (Prag), Akromegalie mit intensivem Diabetes und Wechsel der Haarfarbe. Med. Klin. S. 131.



8. *Bäcker, Hans* (Görden), Über Behandlungserfolge bei den funktionellen Erkrankungen unserer Soldaten. Neurol. Zentralbl. S. 72. (S. 67* u. 70*.)

9. *Barth, Ernst* (Berlin), Zur Differentialdiagnose organischer und psychogener Hörstörungen. Deutsche med. Wschr. S. 993.

10. *Baumgarten, Fritz*, Über hysterische Gangstörung bei Kriegsteilnehmern. Inaug.-Diss. Würzburg.

11. *Behr, Max* (Kiel), Funktionelle Sprachstörungen bei Soldaten. Med. Klin. S. 189.

12. *Benedeck, L.*, Auslösung von epileptischen Anfällen mit Nebennierenextrakt. Wien. klin. Wschr. Nr. 50.

12 a. *Berendts, Alfr. Hendricus* (Hamburg), Über das zeitliche Auftreten der psychischen Symptome bei der Chorea chron. progr. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 75*.)

13. *Berthold, Balthasar* (Schloß Hornburg), Die Aufdeckung des wahren Hörvermögens bei funktioneller Schwerhörigkeit. Münch. med. Wochschr. S. 847.

14. *Bertschinger, H.* (Schaffhausen), Die Aufmerksamkeitstörungen bei Kommotionsneurosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 43, S. 3.

15. *Beyer, E.*, (Roderbirken) Abfindung oder Suggestivbehandlung? Ärztl. Sachv.-Ztg. S. 11.

16. *Bickel, H.* (Bonn), Über die Schicksale der aktiv behandelten Kriegshysteriker. Deutsche med. Wschr. S. 628.

17. Ders., Über die Kriegsneurosen, ihre Entstehung und die Erfolge ihrer Behandlung. Zur Auffassung der Hysterie als „Affektneurose". Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 44, S. 189. (S. 67* u. 70*.)

18. *Böttiger, A.* (Hamburg), Zum Kapitel der traumatischen Epilepsie. Med. Klin. S. 443. (S. 77*.)

19. *Bolten, H. G.* (Haag), Über Hypothyreoidie. Ps. en n. Bl. Vol. 20, p. 135.

20. *Boström*, (Hamburg), Zur Psychologie und Klinik der psychogenen Hörstörungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 40, S. 307. (S. 73*.)

21. Ders., Beitrag zur klinischen Diagnose des Hypophysenschwundes. Med. Klin. S. 690. (S. 79*.)



22. Ders., Demonstration eines Falles von Pseudosklerose. Neurol. Zentralbl. S. 703.

23. *Bresler, J.* (Lüben), Rentenkampfneurose („Unfallgesetzneurose"). Jur.-psych. Grenzfr. Bd. 10, H. 6. Halle, Marhold. 46 S. 1,50 M. (S. 68*.)

24. *Bumke* (Breslau), Suggestibilität, psychogene Reaktion und hysterischer Charakter. Berl. klin. Wschr. S. 1185. (S. 70*.)

25. *Bunnemann* (Ballenstedt), Der Begriff des Mittels in der Hysterielehre. Arch. f. Psych. Bd. 59, S. 205. (S. 67*.)

26. *Bychowski, Z.* (Warschau), Gibt es eine Reflexepilepsie? Neurol. Zentralbl. S. 680. (S. 77*.)

27. *Cahn, A.* (Straßburg i. E.), Seltene Folgen und Begleiterscheinungen postdiphtherischer Lähmungen. Deutsche med. Wschr. S. 99.

28. *Colla* (Bethel), Eine eigentümliche Krampusneurose. Deutsche med. Wschr. S. 1027. (S. 78*.)

29. *Curschmann, Hans* (Rostock), Über eine ataktische Form der Myasthenie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.,Orig., Bd. 38, S. 371. (S. 78*.)

30. Ders., Klimax und Myxödem. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 41, S. 155. (S. 79*.)

31. Ders., Epilepsie und Tetanie. Deutsche Ztschr. f. Nervenhlk. Bd. 61, H. 1—6.

32. *Cyran, Emil*, Beziehungen der Akromegalie zum Diabetes mellitus. Inaug.-Diss. Breslau.

33. *Demole, V.*, Épilepsie traumatique tardive. Rev. méd. de la Suisse rom. No. 4.

34. *Dinse, Karl*, Beitrag zur Lehre von der Polyneuritis postdiphtherica. Inaug.-Diss. Kiel.

35. *Disqué, Ludwig* (Potsdam), Behandlung der Kriegsneurosen durch Hypnose, Wachsuggestion und suggestive elektrische Anwendungen. Ther. d. Gegenw., Mai. (S. 70*.)

36. *Dölger, R.*, Beiträge zur Hysterie. Hysterische (funktionelle) Erkrankung des inneren Ohres beiderseits (Anästhesie bzw. Hyperästhesie des N. cochlearis und vestibularis) neben allgemeiner Hysterie nach Granateinschlag und Verschüttung. Münch. med. Wschr. S. 431.



37. *Dörlemann*, *Wilhelm*, Zur Symptomatologie der Epilepsie bei Jugendlichen. Inaug.-Diss. Kiel.

38. *Donath*, *Julius* (Budapest), Hysterische Kieferklemme nach Unterkieferbruch, Heilung durch suggestive Faradisation. Wien. klin. Wschr. Nr. 29. (S. 74*.)

39. *Dziembowski*, *S.*, Über die Lokalisation von Ausfallerscheinungen von seiten der Drüsen mit innerer Sekretion. Zentralbl. f. inn. Med. Nr. 30.

40. *Edel*, *Paul* (Charlottenburg), u. *Hoppe*, *Ad.* (Rinteln), Zur Psychologie und Therapie der Kriegsneurosen. Münch. med. Wschr. S. 836. (S. 70*.)

41. *Ehrmann*, *K.*, Über Akromegalismus und zur Theorie der inneren Sekretion. Ztschr. f. phys. u. diät. Ther. H. 8—9.

42. *Eichler* (München), Kasuistischer Beitrag über Dystrophia adiposogenitalis. Münch. med. Wschr. S. 1082.

43. *Fahr*, *Th.* (Hamburg), Beiträge zur Pathologie der Hypophyse. D. med. Wschr. S. 206. (S. 79*.)

44. *Fankhauser*, *Ernst* (Bern), Über somatische Vorgänge bei den Affekten und ihren Zusammenhang mit der Hysterie, den traumatischen und andern Neurosen. Korr.-Bl. f. Schweiz. Ärzte Nr. 6. (S. 66*.)

45. *Farrar*, *Cl. B.* (Ottawa), Neuroses among returned soldiers. Types and indications. Boston med. and surg. J., Nov. 14. (S. 69*.)

46. *Fiermann*, *Walter*, Über den angeblichen Zusammenhang der Chorea minor mit kongenitaler Syphilis. Inaug.-Diss. Jena.

47. *Flesch*, *Julius* (Wien), Zur Frage der Begutachtung epileptischer Anfälle. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Or., Bd. 38, S. 276. (S. 77*.)

48. *Frets*, *G. P.*, Die anatomischen Veränderungen bei drei Fällen chronischer Chorea und einem Falle von Paralysis agitans. Psych. en n. Bl., Festbundel 1918, S. 262.

49. *Friedländer*, *R.* (Wiesbaden), Die Bedeutung der psychosomatischen Wechselwirkung für die Neurosenfrage. Neurol. Zentralbl. S. 338. (S. 66*.)

50. *Froböse-Thiele*, *F.*, u. *Leschcziner*, *H.*, Über Myasthenia gravis pseudoparalytica in Kombination mit erheblichen Stoff-



wechselstörungen endokriner Genese. Ztschr. f. kl. Med., Bd. 86, H. 5 u. 6.
51. *Galant, S.*, (Bern) Eigentümlichkeiten einer Myoklonus-Epilepsie. N. Zentralbl. S. 792. (S. 77*.)
52. *di Gaspero, H.* (Graz), Über das Verhalten der weißen Blutzellen vor, bei und nach dem Ablaufe des epileptischen Symptomenkomplexes. Arch. f. Psych. Bd. 59, S. 1118. (S. 76*.)
53. *Gerstmann, Josef* (Wien), Über einige Störungen im Bereiche des Zentralnervensystems in Fällen von Lawinenverschüttung nach deren Wiederbelebung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 43, S. 271. (S. 78*.)
54. *Gierlich* (Wiesbaden), Neuere Untersuchungen über die objektiven Krankheitzeichen der Neurotiker. Med. Klin. S. 983.
55. *Göpfert, Johann* (Würzburg), Unbewußtes Hören bei psychogener Taubheit. Deutsche med. Wschr. S. 1277. (S. 73*.)
56. *Goldscheider* (Berlin), Über die krankhafte Überempfindlichkeit. Berl. kl. W. S. 574. (S. 66*.)
57. *Goldstein, Kurt* (Frankfurt a. M.), Über eigentümliche „ringförmige“ Gesichtsfelddefekte. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref., Bd. 16, S. 277.
58. *Greßmann, Kurt*, Über den Status epilepticus. Inaug.-Diss. Kiel und Arch. f. Psych. Bd. 59, S. 37. (S. 76*.)
59. *Großekettler* (Johannistal), Ein durch psychogene Erkrankung vorgetäuschter Hirntumor. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 38. S. 329.
60. Ders., Die Kaufmannsche Methode auch in der Privatpraxis brauchbar. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 41, S. 227.
61. *Gruhle, Hans W.* (Heidelberg), Die epileptischen Psychopathen im Felde. Münch. med. Wschr. S. 1007.
62. *Guttmann, Alfred* (Berlin), Stimmstörungen im Felde. Zur Technik der Übungstherapie. Deutsche med. Wschr. S. 883. (S. 74*.)
63. *v. Haberer, M.* (Innsbruck), Klinische Bedeutung der Thymusdrüse. Arch. f. kl. Chir., Bd. 109, H. 2.

64. *Hauptmann, Alfred* (Freiburg i. B.), Über epileptische und psychogene Krampfanfälle im Lichte der Kriegserfahrungen. D. mil.-ärztl. Ztschr. S. 125. (S. 77*.)

65. *Heinicke, W.* (Großschweidnitz), Psychogene Spasmen der Antagonisten als Heilungshindernis peripherer Schußlähmungen. Neurol. Zentralbl. S. 350. (S. 74*.)

66. Ders., Psychogene Bewegungsstörungen im rechten Oberarm-Schultergelenk im Anschluß an eine ausgeheilte rechtseitige Serratuslähmung. Psych.-neurol. Wschr. S. 1.

67. *Heinrich, R.* (München), Der Schlaf und die Behandlung der nervösen Schlaflosigkeit. Ther. d. Gegenw., November.

68. *Heinze, Robert,* Über die Behandlung und Beurteilung der Kriegsneurosen. Inaug.-Diss. Breslau.

69. *Herman, Euphemius* (Krakau), Über die sog. pseudo-athetotischen Spontanbewegungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 40, S. 194. (S. 78*.)

70. *Hesse, E.* (Düsseldorf), Die Bewertung der epiduralen Injektion bei Enuresis nocturna. Münch. med. Wschr. S. 130.

71. *Hirschfeld, R.* (Charlottenburg), Eigenartige Sprach- und Hörstörung als hysterische Reaktion mit einem Selbstbericht. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 39, S. 300. (S. 73*.)

72. *Hoffstätter* (Wien), Über die Rolle der Hypophyse bei Morbus Basedowii. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 31, H. 1—2.

73. *Horn, Paul* (Bonn), Über nervöse Erkrankungen nach Eisenbahnunfällen mit besonderer Berücksichtigung von Verlauf und Entschädigungsverfahren. Bonn, Marcus u. Weber. 174 S. 9 M. (S. 68*.)

74. Ders., Zum Entschädigungsverfahren bei Unfallneurosen. Med. Klin. S. 129.

75. *Hübner, A. H.* (Bonn), Über atypische Myotonie. Neurol. Zentralbl. S. 370. (S. 78*.)

76. *Jakob, Alfons* (Hamburg), Zur Klinik und Pathogenese der postkommotionellen Hirnschwäche. Münch. med. Wschr. S. 932.

77. Ders., Nervenkrankheiten und Psychiatrie. Jahreskurse f. ärztl. Fortbild., Mai, S. 25.



78. *Jellinek*, *Stefan* (Wien), Kriegsneurose und Sinusstrom. Med. Klin. S. 1085.

79. *Jolly*, *Ph.* (Halle). Kriegshysterie und Beruf. Arch. f. Psych. Bd. 59, S. 873. (S. 70*.)

80. *Kaeß*, *C.* (Gießen), Heilung einer 12 Jahre bestehenden funktionellen Stummheit durch Suggestivbehandlung. Deutsche med. Wschr. S. 1303. (S. 74*.)

81. *Kafka*, *V.* (Hamburg), Zur Hypnosebehandlung der Kriegsneurotiker, zumal der rückfälligen Psychopathen. Deutsche med. Wschr. S. 672.

82. Ders., Hysterisches Fieber bei einem Kriegsneurotiker. S. 702.

83. *Kersten*, *Paul*, Zur Kasuistik der Adipositas hypogenitalis. Inaug.-Diss. Berlin.

84. *Klemperer*, *Georg* (Berlin), Übergänge zwischen Nervosität und Arteriosklerose. Berl. klin. Wschr. S. 732. (S. 78*.)

85. *Klien* (Leipzig), Über die kontinuierlichen rhythmischen Krämpfe des Gaumensegels und der Schlingmuskulatur. Mtschr. f. Psych. u. Neurol., Orig., Bd. 43, S. 79. (S. 74*.)

86. *Klose*, *Heinrich*, Der Kriegsbasedow. Pathogenese, Typen, Verlauf und militärärztliche Bewertung. Med. Klin. S. 1199. (S. 79*.)

87. *Knapp*, *Albert*, Epilepsie und Korsakowscher Symptomenkomplex. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 44, S. 74. (S. 77*.)

88. *Köpcken*, *Alex.* (Bonn), Über die Behandlung der Kriegsneurotiker. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 60, H. 1—3.

89. *Kohlhaas* (Stuttgart), Die Bedeutung der zerebralen Luftembolie für die Erklärung der echten Epilepsie, der Eklampsie und des echten Schocks. Münch. med. Wschr. S. 233. (S. 77*.)

90. *Kollewijn*, *J. H.* (Venhuizen), Hysterie. Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 30. März.

91. *Kramer*, *Franz* (Berlin), Myasthenische Reaktion bei postdiphtherischer Lähmung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref., Bd. 15, S. 316.

92. Ders., Torsionsspasmusähnliches Bild beim Erwachsenen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref., Bd. 16, S. 165.



93. *Krisch, Hans* (Greifswald), Die spezielle Behandlung der hysterischen Erscheinungen. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 60, H. 4—6.

94. Ders., Die Prophylaxe und allgemeine Behandlung der hysterischen Erscheinungen. Med. Klin. S. 616.

95. *Kroner, K.*, Zur Frage der Kriegsneurosen auf Grund von Beobachtungen an der Front. Ztschr. f. phys. u. diät. Ther. H. 8—9.

96. *Kümmel, Werner* (Heidelberg), Entstehung, Erkennung und Behandlung seelisch verursachter Hörstörungen. Münch. med. Wschr. S. 335.

97. *Küppers, E.* (Freiburg-Überlingen), Die systematische Bekämpfung der Rentenneurose im Frieden auf Grund der Kriegserfahrungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref., Bd. 16, S. 487.

98. *Kutzinski, A.* (Berlin), Klinisches und Theoretisches zur sogen. Kriegsneurose. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 44, S. 343. (S. 68*.)

99. *Lenz, Fritz*, Über dominantgeschlechtsbegrenzte Vererbung und die Erblichkeit der Basedowdiathese. Arch. f. Rassen- u. Ges.-Biol. Bd. 13, H. 1.

100. *Liebermeister, G.* (Ulm), Verhütung von Kriegsneurosen. Württ. m. Korr.-Bl. (S. 69*.)

101. Ders., Über den jetzigen Stand der Lehre von den Kriegsneurosen. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. S. 321. (S. 69*.)

102. *Lilienstein, Siegfried* (Nauheim), Über den gegenwärtigen Stand der Kriegsneurosenfrage. Ther. Mtsh., Mai.

103. *Löwenstein, Sigm.* (Frankfurt a. M.), Über Kriegsneurosen. Med. Klin. S. 149.

104. *Löwy, Max* (Marienbad), Zur Behandlung der Psychotraumatiker des Krieges im Kriege und nach Friedensschluß. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 43, S. 46.

105. *Laska, F.*, Koordinationsstörungen der Diaphragmabewegungen mit den Spontanbewegungen der chronischen Chorea. Čas. česk. lék. Vol. 59, p. 429.

106. *Maas, Otto* (Berlin), Über atypische Polyneuritis. Neurol. Ztrlbl. S. 588.



107. *Mahr* u. *Hartung* (Pfafferode), Ein Jahr Militär-Nervenheilanstalt. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 40, S. 229.

108. *Manasse, Paul* (Straßburg), Über psychogene Hörstörungen. Med. Klin. S. 629. (S. 72*.)

109. *Martinek, Otto*, Kurzer Bericht über die Tagung der in der Kriegsneurotikerbehandlung tätigen Ärzte der Heeresverwaltung in Berlin am 9. Okt. 1918. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. S. 404.

110. *Mauthner, Oscar* (Olmütz), Über Hörstörungen bei den Neurosen vom neurasthenischen Typus. Med. Klin. S. 1227. (S. 73*.)

111. *Meyer, Max* (Frankfurt a. M.-Köppern), Zur diagnostischen Beurteilung von Krampfanfällen bei Erwachsenen. Med. Klin. S. 509. (S. 77*.)

112. *Mindermann, Heinrich*, Beiträge zum hysterischen Mutismus. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 73*.)

113. *Mohr, Fr.* (Koblenz), Über die Behandlung der militärisch eingezogenen Blasenkranken. Med. Klin. S. 831. (S. 75*.)

114. *Mohr, R.* (Halle), Klinische Beiträge zum Status thymico-lymphaticus. Berl. klin. Wschr. S. 519.

115. *Moser, Paul*, Zur pathologischen Anatomie und Bakteriologie der Chorea. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 87, H. 3.

116. *Muck, O.* (Essen), Beobachtungen und praktische Erfahrungen auf dem Gebiete der Kriegsneurosen der Sprache, der Stimme und des Gehörs. Wiesbaden, Bergmann. 47 S. 2,20 M.

117. Ders., Hysterie und ihre Beziehungen zur Ontogenie. Med. Klin. S. 416.

118. *Müller, Ed.* (Marburg), Über eine praktisch wichtige psychische Störung nach typhösen Erkrankungen. Zentralbl. f. inn. Med. Nr. 28. (S. 75*.)

119. *Müller, L. R.* (Würzburg), Über nervöse Blasenstörungen im Kriege. Münch. med. Wschr. S. 755. (S. 75*.)

120. *Naber, Julius* (Koblenz), Über Blasenneurosen (Pollakisurie, Inkontinenz, Enuresis, Retentio urinae). Med. Klin. S. 832. (S. 75*.)

121. *Nadolecny* (München), Funktionelle und organische Stimmstörungen im Heeresdienst. Münch. med. Wschr. S. 315.

122. *Naegeli, O.* (Zürich), Unfall- und Begehrungsneurosen (*Bruns*, Neue d. Chir. Bd. 22). Stuttgart, Enke, 1917. 118 S.



123. Ders., Übersicht über die Symptomatik der Osteomalazie als innersekretorische pluriglanduläre Erkrankung. Münch. med. Wschr. S. 585.

124. Ders., Über den Antagonismus von Chlorose und Osteomalazie als Hypogenitalismus und Hypergenitalismus. Münch. med. Wschr. S. 609.

125. *Naville, F.*, Note sur deux cas d'épilepsie cicatricielle tardive. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 2, H. 1.

126. Ders., Le traitement et la guérison des psychonévroses de guerre invétérées à l'hôpital St. André de Salins. Korr.-Bl. für Schweizer Ärzte Nr. 25.

127. *Noack* (Koblenz), Narkolepsie. Neurol. Zentralbl. S. 17. (S. 78*.)

128. *Nonne, Max* (Hamburg), Über Kriegsneurosen und ihre Behandlung. Münch. med. Wschr. S. 358.

129. Ders., Über Psychotherapie. Deutsche med. Wschr. S. 477.

130. Ders., Über einen Fall von intra vitam diagnostizierter hypophysärer Macies mit anatomischen Demonstrationen (vgl. *Boström*, Med. Klin. S. 690). Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref., Bd. 16, S. 262.

131. *Oczeret, Herbert* (Zürich), Die Nervosität als Problem des modernen Menschen. Ein Beitrag zur psychologischen Weltbetrachtung. Zürich, Orell Füßli. 95 S. 4 M. (S. 66*.)

132. *Oppenheim, Herm.* (Berlin), Stand der Lehre von den Kriegs- und Unfallneurosen. Berlin, S. Karger. 59 S. 2,50 M. (S. 68*.)

133. Ders., Polyneuritis. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 62, H. 1—6 u. Berl. klin. Wschr. S. 732. (S. 78*.)

134. Ders., Zur Kenntnis der Epilepsie und ihrer Randgebiete. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 42, S. 352. (S. 77*.)

134a. *Pappenheim, M.* (Wien) u. *Kraus, Victor* (Prag), Über Kriegsneurosen bei türkischen Soldaten. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 74, H. 4—6, S. 310.

135. *Peritz, Georg* (Berlin), Akromegalie und Gigantismus. Aus: Spez. Path. u. Ther. inn. Krankh., hrsg. v. Kraus u. Brugsch, Urban u. Schwarzenberg. (S. 78*.)

136. Ders., Über Infantilismus. Ebendort. (S. 78*.)



137. *Pickenbach, W.*, Allgemeine Betrachtungen über den Wert der Energie bei Unfallkranken. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 3.
138. *Piltz, Johann* (Krakau), Ein Beitrag zum Studium der sogen. Kriegsneurosen und deren Behandlung auf Grund eigener Erfahrungen. Neurol. Zentralbl. Nr. 19—22.
139. *Placzek, Siegfried* (Berlin), Die Bekämpfung vererbbarer Nervenkrankheiten. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 59 H. 5—6.
140. *Pönitz, Karl* (Halle), Über eine Suggestivbehandlung des Singultus. Psych.-neurol. Wschr. S. 141. (S. 74*.)
141. Ders., Die Zweckreaktion. Ein Beitrag zur Psychologie der Hysterie und Simulation unter besonderer Berücksichtigung der Kriegserfahrungen. Arch. f. Psych. Bd. 59, S. 804. (S. 67*.)
142. *Pötzl, Otto* (Wien), Über einige Wechselwirkungen hysteriformer und organisch zerebraler Störungsmechanismen. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 37, S. 269. (S. 69*.)
143. *Poppelreuter, W.* (Köln), Über die konstante Erhöhung des Blutdruckes bei den epileptischen gegenüber den nichtepileptischen Hirnverletzten. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 43, S. 335. (S. 76*.)
144. *Quaet-Faslem* (Rasemühle), Die allgem. nervöse Erschöpfung. Psych.-neurol. Wschr. S. 337. (S. 71*.)
145. *Raecke, J.* (Frankfurt a. M.), Feldärztlicher Beitrag zum Kapitel „Kriegsneurosen". Arch. f. Psych. Bd. 59 S. 1.
146. *Raether, M.* (Bonn), Ein Beitrag zur okulären Hysterie und ihrer Therapie. Deutsche med. Wschr. S. 1017. (S. 72*.)
147. Ders., Über die Heilung von funktionellen psychischen Störungen nach der sogen. Kaufmann-Methode. Neurol. Zentralbl. Nr. 5. (S. 70*.)
148. *Redlich, E.* (Wien), Bemerkungen zur Ätiologie der Epilepsie mit besonderer Berücksichtigung der Frage der „Kriegsepilepsie". Wien. med. Wschr. Nr. 17 ff.
149. *Rehm, O.* (Bremen), Hysterie und Nervenshock (Untersuchungen über Blutdruck, Puls und psychische Arbeitsleistung). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 42, S. 89. (S. 69*.)
150. *Repond, A.* (Bern), L'hystérie chez les prisonniers de guerre



internés en Suisse. Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 3, H. 1.

151. *Richter*, *August* (Laibach), Über akut-traumatische Kriegsneurosen. Bericht aus d. Abt. f. Kriegsneurosen d. K. K. Reservespitals Nr. 3. Laibach. Ref.: Neurol. Zentralbl. S. 41.

152. Ders., Behandlung der Kriegsneurosen, angewendet auf die Unfallneurosen des Friedens. Wien. med. Wschr. Nr. 14.

153. Ders., Über nervöse Störungen nach Explosionswirkung. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, S. 373.

154. *Riebeth*, *A.* (Görden), Über die Behandlung der funktionellen nervösen Erkrankungen bei Kriegsteilnehmern. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 43, S. 343. (S. 70*.)

155. *Roussy*, *G.*, *Boisseau*, *J.* et *d'Oelsnitz*, *M.*, Des troubles secondaires de l'hystérie. Presse méd. No. 69.

155a. *Ruben*, *Walter*, Psychogene Psychosen im Heimatgebiet bei Kriegsteilnehmern. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 74, H. 4—6, S. 393.

156. *Schanz*, *A.* (Dresden), Insufficientia vertebrae u. Neurologie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 41, S. 344 (S. 72*.)

157. *Schlesinger*, *Hermann*, Hemichorea beim Erwachsenen mit spastischen Symptomen. Mitt. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderkrkh. in Wien Bd. 17, Nr. 1.

158. *Schnyden*, *L.*, La question des troubles nerveux fonctionels de la guerre. Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 2, H. 1.

159. *Schragenheim*, *Iwan*, Der Morbus Basedowii und seine Beziehungen zum Kriege. Inaug.-Diss. Berlin.

160. *Schüller*, *Artur* (Wien), Die Kriegsneurosen und das Publikum. Wien. med. Wschr. Nr. 24.

161. Ders., Über die militärärztliche Begutachtung der Epilepsie. Wien. med. Wschr. Nr. 28.

162. *Schultze*, *Ernst* (Göttingen), Zur Diagnose der Epilepsie bei Soldaten. Berl. klin. Wschr. S. 91.

163. Ders., Die Erkennung epileptischer Krampfanfälle vom militärärztlichen Standpunkt. Med. Klin. Nr. 50—52.

164. *Schuster*, *Paul* (Berlin), Der Mechanismus der hysterischen Skoliose. Neurol. Zentralbl. S. 610. (S. 74*.)



165. *Schwartz*, *L.* (Basel), Dermographismus und vasomotorische Störungen bei Psychoneurosen und Nervengesunden. Deutsch. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 60, S. 279. (S. 75*.)
166. *Seifert*, *Otto* (Würzburg), Über funktionelle und organische Stimm- und Sprachstörungen bei Soldaten. Münch. med. Wschr. S. 1105 und Würzburger Abhandl. Bd. 17, H. 2.
167. *Siebert*, *Harald* (Libau), Über Epilepsie. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 60, S. 260. (S. 75*.)
168 *Siemens*, *Hans W.*, Die Erblichkeit des sporadischen Kropfes. Inaug.-Diss. München.
169. *Simmel*, *Ernst* (z. Zt. Posen), Psychopathogenese der Kriegshysterie. Med. Klin. S. 175.
170. Ders., Kriegsneurosen und „psychisches Trauma". Ihre gegenseitigen Beziehungen dargestellt auf Grund psychoanalytischer, hypnotischer Studien. Mit einem Geleitwort von Dr. *Ad. Schnee*. Leipzig-München, Nemnich. 84 S. 2,50 M. (S. 71*.)
171. *Simmonds*, *M.* (Hamburg), Atrophie des Hypophysisvorderlappens und hypophysäre Kachexie. Deutsche med. Wschr. S. 852.
172. *Singer*, *Kurt* (Berlin), Die Schreckneurosen des Kindesalters. Samml. zwangl. Abh. zur Neuro- u. Psychopath. d. Kindesalters (*Stier*) Bd. 1, H. 5. Jena, G. Fischer. 71 S. 4.— M.
173. Ders., Erfahrungen über die Zitterer im Felde. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref. Bd. 16, S. 188.
174. Ders., Zur Klinik des Zitterns. Med. Klin. S. 713. (S. 69*.)
175. Ders., Prinzipien und Erfolge der aktiven Therapie bei Neurosen. Ztschr. f. psych. u. diät. Ther. H. 8—9. (S. 70*.)
176. *Siwinski*, *Boleslav* (Lodz), Psychische Erscheinungen im Verlaufe der Basedowschen Krankheit. Gazeta lékarska No. 17. (Polnisch.)
177. *Stein*, *F.* (Budapest-Wien), Psychotherapie der Schlaflosigkeit. Wien. med. Wschr. Nr. 7.
178. *Steinberg*, *W.*, *u. Voß*, *G.*, Hysterische Kieferklemme und Schnauzkrampf. Heilung durch suggestive Faradisation. Münch. med. Wschr. Nr. 17. (S. 74*.)
179. *Steiner*, *Maximilian* (Wien), Die psychischen Störungen der



männlichen Potenz. 2. Aufl. Leipzig u. Wien, Fr. Deutike. 57 S. 2,50 M.

180. *Sterling*, *W.* (Warschau), Degeneratio genito-sclerodermica als besondere Abart der pluriglandulären Insuffizienz. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 61, H. 1—6.

181. *Stern*, *Heinrich*, Die hysterischen Bewegungstörungen als Massenerscheinung im Kriege. Inaug.-Diss. Heidelberg und Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 39, S. 246. (S. 70*.)

182. *Steyerthal*, *A.* (Kleinen), Die Hysterie im Kriege. Neur. Zentralbl. S. 570.

183. *Stiefler*, *Georg* (Innsbruck), Ein Fall von genuiner Narkolepsie Neurol. Zentralbl. S. 380. (S. 78*.)

184. *Stier*, *E.* (Berlin), Die respiratorischen Affektkrämpfe des frühkindlichen Alters. Samml. zwangl. Abh. zur Neuro- u. Psychopath. d. Kindesalters Bd. 1, H. 6. Jena, G. Fischer. 105 S. 5,60 M.

185. Ders., Wie kann der Entstehung von Kriegsneurosen bei der Feldarmee vorgebeugt werden? Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. S. 60; Nachtr. S. 142. (S. 69*.)

186. *Stolzenburg*, *E.* (Göttingen), Die Behandlung der Kriegsneurotiker, unter besonderer Berücksichtigung der Hypnose. Deutsche med. Wschr. S. 1037.

187. *Stransky*, *E.* (Wien), Hysterie und Hysteriefähigkeit. Streiflichter zu dem Fragenkomplex. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 21—22 u. 27.

188. *Stümpke*, *G.* (Hannover), Morbus Basedowii mit schwer sekundärer Syphilis durch Salvarsan (Neosalvarsan) günstig beeinflußt. Deutsche med. Wschr. S. 969.

189. *Stuchlik*, *Jar.* (Kosice), Über einen durch Hypnose geheilten Fall von unter dem Bilde der akuten Hämatomyelie verlaufender Hysterie. Mit einigen Bemerkungen über hypnotische Erscheinungen im allgemeinen. Časopis českých lékařuv Bd. 55, S. 1324. (S. 71*.)

190. Ders., Über einen psychoanalytisch behandelten Fall von Neurosis cordis. Časopis českých lékařuv Bd. 56, S. 756. (S. 71*.)

191. *Sztanojevits*, *L.* (Budapest), Über psychogen bedingte assoziierte „Blickparesen". Wien. med. Wschr. Nr. 29.



192. Ders., Zur Pathogenese der Myoklonusepilepsie. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Orig., Bd. 39, S. 293. (S. 77*.)

193. *Tiling*, *Erich* (Jena), Klinischer Beitrag zur Pathogenese der Basedow-Erkrankung bei Kriegsteilnehmern. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 43, H. 2 u. 3. (Fälschlich im Bericht über 1917 als im Bd. 42 stehend angezeigt.)

194. *Tramer*, *M.* (Münsingen), Untersuchungen zur pathologischen Anatomie des Zentralnervensystems bei der Epilepsie. Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psych. Bd. 2, S. 202. (S. 76*.)

195. *Veil*, *W. H.* (Straßburg), Verhalten der genitalen Funktionen beim Myxödem des Weibes. Arch. f. Gynäk. Bd. 107, H. 2.

196. *Voß*, *G.*, Über die Unterscheidung organischer und funktioneller Nervenkrankheiten. Berl. klin. Wschr. S. 131. (S. 69*.)

197. *Wagner*, *Albert* (Gießen), Die Rückfälle der Hysteriker. Münch. med. Wschr. S. 1106.

198. *Walter*, *F. K.* (Rostock), Zur Frage der Lokalisation der Polyneuritis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 44, S. 150.

199. *Weiner*, *Käthe*, Über Chorea senilis. Inaug.-Diss. Erlangen u. Deutsche Arch. f. klin. Med. Bd. 125, H. 1—3.

200. *Westrick*, *Bernhard*, Über amentiaartige Erkrankung bei Morbus Basedowii. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 79*.)

200 a. *Westphal* (Bonn), Doppelseitige Athetose und ihre Beziehungen zur Paralysis agitans. Vereinsbericht. D. m. Wschr. Nr. 26.

201. *Wetschky*, *Gottfried*, Über Kriegsbasedow (Beitrag zur Pathogenese des Morbus Basedowii). Inaug.-Diss. Breslau.

202. *Willner*, *Bruno*, Betrachtungen über das Wesen und die Entstehung der funktionellen Neurosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 42, S. 140.

203. *Wirschubski*, *A.* (Wilna), Ein Fall von Polydipsie als eine Varietät der „Hysteria monosymptomatica“. Neurol. Zentralbl. S. 315.

204. *Wohlwill*, *Friedr.* (Hamburg), Über ein Phänomen bei der Untersuchung hysterischer Anästhesien („Störungsphänomen“). Neurol. Zentralbl. S. 821. (S. 72*.)





205. *Wollenberg, R.* (Straßburg), Zur Vorgeschichte der Kriegsneurotiker. Neurol. Zentralbl. S. 564.

206. *Yamarillo* infante, *Carlos A.*, Über psychogene Hör- u. Sprachstörungen bei Kriegsteilnehmern. Inaug.-Diss. Bonn.

Oczeret (131) betrachtet die Nervosität nicht als körperliche Erkrankung, Entartung oder Minderwertigkeit, sondern faßt sie psychologisch unter Bezug auf *Lamprechts* „Reizsamkeit" auf als Folge der kulturgeschichtlichen Entwicklung. Der nervöse Mensch „ist gleichsam . . . eine neue Spezies, die infolge der Neuartigkeit und Mannigfaltigkeit ihrer Ziele und Bedürfnisse und infolge des Gegensatzes zum Bisherigen sich noch nicht einordnen konnte und kann. Was wir von diesen Anpassungsversuchen sehen, nennen wir Neurose". Von diesem einseitigen Standpunkt aus streift Verf. die Probleme der Kindererziehung, der modernen Frau und des modernen Mannes, wobei er neben manchem Schiefen auch gut Gesehenes und Beherzigenswertes bringt. — Vielleicht könnte man die psychische „Reizsamkeit" in Zusammenhang bringen mit der „Überempfindlichkeit" der überreizten Substanz, die *Goldscheider* (56) darauf zurückführt, daß jeder Reiz potentielle Energie speichert, indem bei dem Wiederaufbau der durch den Reiz zerstörten Masse wahrscheinlich sowohl eine Mehrbildung von reizbarer Substanz als auch eine Lockerung derselben im Sinne einer gesteigerten Dissimilationsbereitschaft erfolge, daß also die reaktive Assimilation eine kumulative sei. Von diesem Gesichtspunkt aus betrachtet *G.* die Übermüdung, die Übererregbarkeit bei kongenital minderwertigen oder übermäßig beanspruchten Organen, die Diathesen usw. und kommt zum Schlusse, daß Überempfindlichkeit und Hyperergie viel verbreiteter sei, als die klinische Wissenschaft jetzt zum Ausdruck bringe.

Friedländer (49) bezeichnet als psychosomatische Wechselwirkung die Tatsache, daß beim Psychoneurotiker die Empfindungen zu negativ betonten Vorstellungen, Stimmungen, Affekten und durch diese hindurch nicht nur zu nervösen Reiz- und Ausfallerscheinungen führen, sondern durch Vermittlung dieser somatischen Symptome auch zu weiteren Empfindungen, die nun jene Gefühle fixieren und verstärken, damit aber wieder eine Zunahme der somatischen Erscheinungen bewirken. Doch auch für die physiopathischen oder somatogenen Neurosen, die Verf. infrakortikale oder infrapsychische Neurosen nennt, „kann an solche Wechselwirkung gedacht werden", indem ständig periphere Reize auf das Zentrum und von da auf die Peripherie zurückwirken.

Von dieser Wechselwirkung zwischen Affekt und Affektäußerung, die sich nicht nur auf die willkürliche, sondern auch auf die glatte Muskulatur und die ebenfalls vom Sympathikus innervierten Drüsen erstreckt, geht *Fankhauser* (44) aus. Den Affekten müssen wegen ihrer hohen Bedeutung und wegen ihres reichlichen und mannigfaltigen Einflusses auf die körperlichen Vorgänge ausgedehnte Innervationen im Gehirn parallel gehen, aber entsprechend mächtige Leitungbahnen zu den peripheren Organen und zum Sympathikus fehlen. Deshalb und wegen des innigen Zusammenhangs der endokrinen Drüsen mit unserem Affektleben und zugleich mit dem sympathischen Nervensystem vermutet *F.*, daß die affektiven



Vorgänge mit Bildung chemisch wirksamer Substanzen im Gehirn einhergehen, die ihrerseits das sympathische System beeinflussen und im Verein mit den endokrinen Drüsensekreten die Ausdruckformen der Affekte in der glatten Muskulatur und den Drüsen hervorrufen. Aber dieser unwahrscheinlichen Annahme — schon die Schnelligkeit spricht dagegen, mit der auch starke Affektäußerung dem Affekt folgen kann — bedarf *F.* gar nicht zur Bekräftigung des Satzes, daß den Affekten ausgedehnte innervatorische Vorgänge im Gehirn entsprechen. Hierdurch will *F.* nämlich verständlicher machen, daß bei der Hysterie, die sich im wesentlichen im Gebiete des Affektlebens abspielt, ein Überspringen der Erscheinungen auf körperliche Bahnen stattfindet, und daß rein körperliche, rein psychische und besonders gemischte Vorgänge, die auf die gleichen Gehirnneurone wirken können, zur Entstehung der Hysterie führen.

Bunnemann (25) sieht in den Erscheinungen der Hysterie Mittel des „Organwillens", durch die eine wirkliche oder vermeinte Gefahr abgewendet oder ein Begehren erfüllt werden soll, und leitet sie von „subjektiver Überwertigkeit" ab, die das Ergebnis stammesgeschichtlicher Frühreife oder Erschöpfung ist. Seinen Ausführungen zu folgen ist nicht immer leicht und nur dem möglich, der die besonderen philosophischen und biologischen Anschauungen des Verf.s aus dessen früheren Aufsätzen kennt.

Daß die weitaus meisten Kriegshysterien Mittel zum Zweck sind, folgert *Pönitz* (141) aus der außerordentlichen Seltenheit der Kriegsneurosen in den Gefangenenlagern, bei Schwerkranken oder Schwerverwundeten, also dort, wo eine hysterische Erkrankung keinen Zweck hätte, ferner aus den Umständen, unter denen die Kriegshysterien entstehen, bestehen bleiben, sich verschlimmern, neu auftreten und in Heilung übergehen, und aus den günstigen Erfolgen, die bei verschiedenster Behandlungsart erzielt werden, sobald die Kranken nur wissen, daß nicht locker gelassen wird. Im Gegensatz zu Andern ist es *P.* immer aufgefallen, daß die Geheilten sich gar nicht so freuten, wie zu erwarten war (auch *Bickel* (17) sah oft nach der Heilung ein resigniertes Verhalten im Sinne leichter Depression und *Bäcker* (8) die anfängliche Freude bald hinter Sorge und Unsicherheit zurücktreten), und ebenso, daß die Mienen der Hysteriker nie schwere Leiden verrieten, der mürrische Ausdruck vielmehr nur oberflächlich schien und bei Abwesenheit des Arztes verschwand. Statt hysterischer Reaktion schlägt *P.* „Zweckreaktion" vor, weil sie an sich etwas Normales bedeutet und nur übertrieben, verzerrt ins Krankhafte fällt, und er empfiehlt, aus der Gruppe der hysterischen Störungen die Fälle herauszunehmen, in denen die Zweckreaktion das wesentliche Moment bildet. Vielleicht gelinge es dann, den Rest anderweitig unterzubringen, z. B. als Affektreakion bei Psychopathen, und damit den Begriff der Hysterie aus der Welt zu schaffen. Die Zweckreaktion bediene sich der Affektreaktion, indem z. B. mancher, der vor Schreck gezittert, dies in der nächsten Zeit nachher künstlich von neuem hervorrufen kann, wie Verf. für gewöhnlich nicht, wohl aber noch stundenlang, nachdem er in eiskaltem Wasser unwillkürlich mit den Zähnen geklappert, dies willkürlich zu tun vermag. Demnach müsse die Frage, ob Hysterie oder Simulation, dahin abgeändert werden, ob und wie klar der Betreffende sich bewußt ist, daß er mit



seiner Zweckreaktion etwas beabsichtigt, ob und wieweit also Schuldgefühl vorhanden ist. Da dies aber von Bewußtseinszustand, Intelligenz und Gewöhnung abhängt und meist nur nach dem persönlichen Eindruck beurteilt werden kann, wird selten Simulation oder bewußte Übertreibung bei der Zweckreaktion sicher auszuschließen sein. Dies wird aber für die Kriegshysterie praktisch bedeutungslos, weil die Zweckreaktion nicht eine Krankheit, sondern ein mehr oder weniger bewußtes Sichgehenlassen ist, nicht von der Kriegsschädigung, sondern von einer Absicht verursacht wird und daher an sich nie als Dienstbeschädigung aufgefaßt werden kann.

Kutzinski (98) bezweifelt zwar die Bedeutung der Zwecktendenz nicht, betont aber demgegenüber die individuelle Komponente und unterscheidet bei den Kriegsneurosen vor allem zwei Reaktionstypen, den affektiven und den Willenstyp, die, einseitig ausgeprägt, die Einordnung eines Erlebnisses in das seelische Gesamtgeschehen erschweren.

Oppenheim (132) wehrt hauptsächlich den Angriff *Nägelis* (vgl. diese Ztschr. Bd. 75, S. 197*.) als auf falschen Voraussetzungen und unrichtiger Wiedergabe beruhend ab. Er betont, er brauche nichts zurückzunehmen, sehe auch jetzt einen großen Teil der Krankheitserscheinungen der traumatischen Neurose nicht als seelisch, sondern als körperlich bedingt an und führe sie auf zerebrale funktionelle Störungen zurück, die die Psyche und die Zentren für Motilität, Sensibilität und Sinnesfunktionen betreffen. Zur Hysterie, die allerdings einen großen Teil der Kriegsneurosen umfasse, zählt *O.* die ideogenen, d. h. durch Vorstellung (Wünsche, Begehrungen usw.) erzeugten Reiz- und Ausfallerscheinungen, aber nicht ohne weiteres auch das thymogen (z. B. durch Schreck) Entstandene, mit dem sich oft die Wirkungen mechanischer Erschütterung durch überstarken Sinnesreiz in der Bahn des Sinnesnerven und seines Zentralorgans und darüber hinaus bis zu körperlichen Reaktionen mannigfaltiger Art verbinden. Es gebe also eine traumatische Neurose, die sich nicht in Hysterie auflöse. Schreckwirkungen funktioneller Art sind gewöhnlich flüchtig, aber nicht ihre Beständigkeit allein, sondern erst deren Mißverhältnis zum traumatischen Erlebnis berechtigt zur Annahme einer hysterischen Grundlage und zum Rechnen mit fixierenden Wunschvorstellungen und mit der Möglichkeit der Simulation.

Dagegen schließt sich *Bresler* (23) in seiner Literaturzusammenstellung über Rentenkampfneurose im wesentlichen *Nägeli* an, wenn er auch dessen Ausspruch bekämpft, daß seit Schaffung der sozialen Gesetzgebung und dem Bestehen der Versicherungen eine wahre Volksseuche als etwas Neues aufgetaucht sei, und dem gegenüber ausführt, daß Verstellung eine natürliche Schutzeinrichtung im Tier- und Menschenleben bedeute, und daß die Unfallgesetzneurose eine Erscheinung des Querulierens sei.

Horns (73) Material an nervösen Erkrankungen nach Eisenbahnunfällen hat sich seit der 1. Auflage (vgl. diese Ztschr. Bd. 71, S. 88*) um 40 Fälle mit Kapitalabfindung vermehrt, von denen 36 im sozialen Sinne geheilt und die übrigen 4 wesentlich gebessert sind. Dies glänzende Ergebnis beruht z. T. auf Änderungen in der Handhabung des Entschädigungsverfahrens, die Verf. als notwendig



erwiesen hatte: Haftpflichtprozesse waren in allen Fällen vermieden und die Entschädigungsfrage rasch erledigt worden.

Voß (196) bespricht kurz die Unterscheidung organischer und funktioneller Nervenkrankheiten.

Pötzl (142) sucht in eindringender Betrachtung zweier Fälle die Art des Zusammenhangs zwischen organischen und daran anknüpfenden psychogenen Störungen klarzustellen.

Liebermeister (101), der den Stand der Lehre von den Kriegsneurosen klar und übersichtlich darlegt, unterscheidet primäre und sekundäre Kriegsneurosen. Jene, d. h. die Schreck- und Erschöpfungsneurosen, die sich meist direkt an die Schädigung anschließen, sind im allgemeinen gutartig und heilen bei richtiger Behandlung, Ruhe und guter Ernährung in 2—3 Wochen. Die sekundären Neurosen, bei deren Entstehung und besonders Fixierung Trieb- und Willensvorgänge mitspielen, sind prinzipiell in einer Sitzung heilbar, wenn auch *L.* in gutartigen Fällen schonende Methoden anwendet. Die Geheilten, soweit sie nicht Psychopathen oder zugleich organisch erkrankt sind, sollten der für sie wohltätigen militärischen Disziplin nicht entzogen werden. Wie bei manchen Truppenteilen das epidemische Bettnässen rasch verschwand, als jeder Bettnässer sofort an die Front geschickt werden sollte, so werden auch sonst die Erkrankungziffern an Neurosen rasch sinken, wenn die Krankheit keinen Vorteil, sondern Unbequemlichkeiten zur Folge hat. Um dies zu erreichen, sind Ärzte, Vorgesetzte und Publikum aufzuklären, daß solche Neurotiker vielfach weniger bemitleidenswert oder interessant als erziehungsbedürftig sind.

Auf solche erzieherischen Maßnahmen, durch die namentlich auch dem epidemischen Auftreten der Kriegsneurosen vorgebeugt und Rückfälle verhütet werden sollten, geht *L.* ausführlicher ein in einem besonderen Aufsatz (100), in dem er auch energische Behandlung und keine oder ganz niedrige Rente empfiehlt.

Ähnlich *Stier* (185), der alle Maßregeln darauf berechnet sehen will, daß der Kranke keine große Meinung von seinem Leiden bekommt und die anfänglichen Affektäußerungen sich nicht fixieren, und *Singer* (174), der zur Entstehung des Zitterns außer den psychischen Anlässen auch der Unterernährung, Kälte und Schlaflosigkeit wesentliche Mitwirkung zuschreibt.

Farrar (45), der über 3600 nervenkranke kanadische Soldaten berichtet (12% der von der Front nach Amerika Zurückgeschickten), hebt, neben der genaueren Untersuchung auf geistige Untauglichkeit bei der Aushebung, die Wichtigkeit prophylaktischer Verbreitung von richtigen Anschauungen über Schützengraben-Neurosen unter den Truppen hervor und glaubt, daß hierdurch sowie durch gesunde Strenge in Behandlung und Disziplin die Kriegsneurosen seltener und weniger hartnäckig würden.

Rehm (149) fand bei Untersuchung des Blutdrucks, des Pulses und der psychischen Arbeitleistung bedeutende Unterschiede zwischen traumatischer Hysterie und Nervenshock, bei jener die Zeichen schwerer Ermüdung, bei diesem auffallenderweise besonders die eines Versagens des Willens, das er freilich in letzter Linie auf die ausgeprägten körperlichen Schädigungen zurückführt.



Bumke (24) weist darauf hin, daß die psychogene Reaktion, die an die normale Suggestibilität anknüpft und nicht nur individuell verschieden ist, sondern auch von äußeren Umständen und der jeweiligen körperlichen Verfassung abhängt, zwar häufig, aber keineswegs immer verbunden ist mit der dauernden Konstitutionsanomalie des hysterischen Charakters, dessen Gefühlsleben von normalen Reizen nicht befriedigt wird und daher perverse Reize aufsucht.

Jolly (79) sah bei der Landbevölkerung nicht mehr Kriegshysterien (hysterische, funktionelle und psychogene Störungen) als bei der Stadtbevölkerung, während an Neurasthenie (angeborener oder erworbener Nervosität) die Landwirte sich erheblich weniger beteiligten als die übrigen Berufe, namentlich die Kaufleute und vor allem die Lehrer.

Gegen *Lewandowsky* und gegen die Allgemeingültigkeit der Wunschhypothese für Kriegsneurosen wenden sich *Edel* und *Hoppe* (40) und betonen, daß nur Veranlagte erkranken. Öfters versagt die Wunschhypothese: ein Offizier, der nach Verschüttung dauernd Ticks im Gesicht und der eingeklemmten Schulter bekam, versah seinen Dienst weiter. Die Verf. empfehlen Nichtbeachtung, Kaufmannmethode, Hypnose.

Therapeutisch wandte *Riebeth* (154) fast durchweg die Rothmannsche suggestive Injektion in Narkose mit folgenden Bewegungsübungen an und erzielte damit 326 Heilungen in 348 Fällen; unter den letzten 146 war kein Versager. (Vgl. auch *Bäcker* (8).) *Disqué* (35) hatte sowohl mit Hypnose wie Wachsuggestion mit oder ohne Elektrizität gute Erfolge. *Singer* (175) ist von der Hypnosebehandlung weniger befriedigt, die nicht immer gelinge, und bei der Rezidive häufig seien; dagegen hat er mit seiner „aktiven" Methode, einer Verbindung von suggestiven Einspritzungen, vermeintlicher Behandlung des Rückenmarks und der Nervenstränge mit unfühlbaren galvanischen Strömen, starker faradischer Reizung der Schmerzpunkte in den befallenen Teilen, suggestiver scheinbarer Steigerung der Stromstärke bis zu den höchsten Graden, keine Mißerfolge und bei geeigneter späterer Verwendung kaum Rezidive erlebt, nur müssen Angstneurotiker, schwere Psychopathen, konstitutionell Nervöse, Depressive und Zyklothyme ausgeschlossen werden, da sie sich mehr für andere Methoden eignen. *Bickel* (17), der die Grundlage der Hysterie in gesteigerter Affektbetonung und Affekterregbarkeit findet, bekämpft die krankmachenden gefühlsbetonten Vorstellungen in ihrer Wirkung, indem er mit gutem Erfolge schmerzhafte faradische oder galvanofaradische Ströme in steigender Dosierung anwendet.

Räther (147) dehnt die Kaufmannmethode auch auf hysterische Psychosen aus, nur daß hier die faradische Behandlung vorangeht und nach Überrumpelung des Pat. die Verbalsuggestion sofort nachfolgt. *R.* teilt 17 Heilungen mit: Hysteriker mit Anfällen, transitorische Bewußtseinstrübungen bis zu langwährenden Dämmerzuständen, psychogene Hemmungszustände bis zum Stupor katatonen Gepräges, Fälle von Depression, Pseudodemenz, Verwirrtheits- und schweren, z. T. gemeingefährlichen Erregungszuständen.

Besserung von Stupor und Pseudodemenz bei aktiver Therapie erlebte auch *H. Stern* (181), der die Bewegungstörungen bei Kriegshysterie, ihre Entstehung



und Prognose darstellt und die entscheidende Bedeutung der Willensveranlagung betont.

Stuchlik (189) heilte in einer hypnotischen Sitzung eine plötzlich eingetretene schlaffe Lähmung fast sämtlicher Muskeln bei einem 20jähr. Soldaten, der, geistig beschränkt, schon einmal wochenlang an hysterischer Amaurose gelitten, vor 8 Monaten eine schwere dysenterieartige Erkrankung mit meningealen Erscheinungen und folgender Neuritis des Optikus durchgemacht hatte und noch erhöhten intrakraniellen Druck, Eiweiß- und Zellvermehrung im Liquor und postneuritische Papillen, dazu Residuen eines Lungenspitzenkatarrhs und objektive Zeichen interstitieller Nephritis darbot. (*Stuchlik.*)

Quaet-Faslem (144) bespricht die allgemeine nervöse Erschöpfung und ihre Behandlung mit besonderer Rücksicht auf die Kriegsgeschädigten.

Simmel (170) hat dort, wo andere Heilungsarten versagten, mit *Freuds* Psychoanalyse vorzügliche Erfolge gehabt und zeigt an interessanten Beispielen, wie teils im Anschluß an Träume, teils in Hypnose Erlebnisse, die der Krankheit zugrunde lagen, ins Bewußtsein gehoben und überwunden wurden. Nicht immer genügte die Aufdeckung der Kriegserlebnisse, sondern man mußte weiter forschen, bis, von jenen überlagert, Schädigungen früherer Zeit bis in die erste Kindheit hinein zutage traten. *S.* sicht in allen Neurosen — abgesehen von der Erschöpfungsneurasthenie — nur Erscheinungen einer seelischen Veränderung, die durch Spaltung der Persönlichkeit infolge eines unausgeglichenen Konflikts zwischen Ichkomplex und anderen gefühlsbetonten Komplexen entstanden ist, indem ein Affekt sich weder auswirken noch mit Hilfe des Intellekts ausgleichen konnte, letzteres nicht, weil entweder der Intellekt von vornherein oder zur gegebenen Zeit — z. B. in der Kindheit, bei Übermüdung — zu schwach war, um den Komplex zu verarbeiten, oder aber, weil katastrophale Umwälzungen eintraten, denen auch ein normaler Intellekt nicht gewachsen ist, wie sie von innen die Pubertätzeit bewirkt, und wie sie von außen der Krieg herbeigeführt hat. Klarer und der gewöhnlichen Auffassung näher tritt hervor, was gemeint ist, wenn Verf. den Kriegsneurotiker zwischen den Helden und den Drückeberger stellt, da er mit der altruistischen Pflichterkenntnis des einen die egozentrische, wunschbetonte Wertung des andren verbinde, aber nach keiner Richtung die Konsequenz ziehen könne und sich deshalb in die Krankheit flüchte. Das heißt doch: der Betreffende will vom Wunschkomplex, den er nicht überwinden kann, nichts wissen, der vom Ichbewußtsein verleugnete, unterdrückte, abgespaltene, aber nicht geistig überwundene Wunschkomplex bewirkt aber unter Benutzung zufälliger Assoziationen die neurotische Störung, die den Kranken aus dem Kampfe ins Lazarett führt und ihm, da er den Zusammenhang nicht kennt, gestattet, mit dem Bewußtsein des Helden den Vorteil des Drückebergers zu vereinen. Die Aufdeckung dieses Zusammenhangs und das Bewußtsein, nun in Sicherheit zu sein, geben die Möglichkeit, die Spaltung und die Überwertigkeit des Komplexes aufzuheben, damit aber auch die Krankheit zu beseitigen, soweit sie in den Kriegserlebnissen wurzelt.

Stuchlik (190) heilte in wenigen psychoanalytischen Sitzungen Herzneurose und hysterische Anfälle eines 22jähr. Pat., der dann trotz geistiger Überarbeitung noch



nach 2½ J. gesund war. Die Anfälle, die z. T. auch damit zusammenhingen, daß Pat. das Rauchen nicht vertrug, konnten als physische Äußerung des unterdrückten Gewalttatendranges gegen seinen Vater aufgefaßt werden. Die „Kernstellung" des Ödipuskomplexes zeigte sich auch hier; nach dem Ausgraben der „traumatischen" Szene aus dem 3.—4. Lebensjahre stellte sich eigentlich Genesung ein, zu deren Festigung weitere Analysen aller Art von Traumdeutung bis zum Assoziationsexperiment angewandt wurden. (*Stuchlik.*)

Schanz (156) hält daran, daß Insufficientia vertebrae die Ursache der Schüttelerkrankung sei, jetzt nur noch insoweit fest, als er lokale und allgemeine nervöse Störungen, darunter auch die Schüttelerkrankung, häufig auf Ins. vert. zurückführt und mit deren Besserung verschwinden sieht.

Wohlwill (204) schiebt zur Unterscheidung hysterischer und organischer Sensibilitätstörungen zwischen gewöhnliche einfache Berührungen anästhetischer oder gesunder Stellen, auf die der Kranke, durch ein „jetzt" aufmerksam gemacht, mit ja oder nein antwortet, zwischendurch eine gleichzeitige oder schnell hintereinander erfolgende Berührung einer anästhetischen und einer gesunden Stelle — also etwa l. u. r. — ein. Gesunde und organisch Kranke reagieren darauf prompt mit „ja", die weit überwiegende Mehrzahl der Hysteriker jedoch entweder mit „nein" oder mit „ja, rechts", oder die Bejahung erfolgt auffallend unsicher und zögernd. Diese Störung des Reaktionsbogens: Berührung der gesunden Seite — Bewußtsein — Antwort „ja", durch den von der kranken Seite kommenden Reiz zeige zwar, daß die hysterische Anästhesie auf einer aktiven Unterdrückung der vom kranken Glied ausgehenden Empfindungen beruht, beweise aber nicht absichtliche Vortäuschung. Bei Wiederholung wird das Störungsphänomen immer weniger deutlich, da die Pat. rasch hinter den Zusammenhang kommen.

Räther (146) sah unter 1000 Kriegs- und Unfallneurotikern nur 8 Fälle okulärer Hysterie gegen 23 Fälle psychogener Hörstörung. Meistens fand sich hier wie dort *Kehrers* „Organbegründetheit". Alle 8 Augenfälle (2 mal Lidlähmung, 2 mal spastischer Konvergenzkrampf, 2 mal doppelseitige Amblyopie, 2 mal doppelseitige Amaurose) wurden nach *Kaufmann* dauernd geheilt; ebenso nach Abschluß der Arbeit ein Unfallneurotiker mit hysterischer Amaurose, wie denn *R.* entgegen *Quensel* eine Reihe z. T. sehr alter Unfallneurotiker in der „Heilatmosphäre" der Station erfolgreich nach *Kaufmann* behandelt hat.

Manasse (108) bestätigt *Kehrers* Erfahrung, daß die Hörstörungen, die sonst auf Labyrintherschütterung bezogen wurden, größtenteils psychogen und psychotherapeutisch heilbar sind. Zur richtigen Diagnose verhilft meist das eigentümliche, oft scheue Verhalten, das Kopfvorstrecken beim Hinhören, schnelles Erröten, Stottern, Zittern und ähnliches, ferner angeblich völlige Taubheit für alle Töne und Geräusche der Luft- und Knochenleitung, welche bei sonstigen Ohrerkrankten fast nie vorkommt, besonders aber die Verursachung durch Granateinschlag, Verschüttung und alles andere, was früher als Ursache der Labyrintherschütterung galt. Organische Schwerhörigkeit oder Taubheit hat *M.* nach Granateinschlag und Verschüttung nicht mehr gesehen, seit er die Bedeutung der psychogenen Hörstörung kennt.



Boström (20) bespricht die seelischen Besonderheiten bei psychogen Tauben, besonders während ihrer Heilung, die bei den 9 Kranken, welche zugleich motorisch-hysterische Störungen aufwiesen, durch Hypnose, bei 7, die nicht hypnotisierbar waren und als einziges psychogenes Symptom die Hörstörung aufwiesen (3 davon hatten früher Mittelohreiterung gehabt, 3 zeigten leichte Intelligenzschwäche und der 7te leichte Nervosität — das Verhalten zur Hypnose erinnert an *Weygandts* Bemerkung, die *Mindermann* (112) anführt, daß monosymptomatische Hysterie bei weniger empfindsamen Individuen, vielgestaltige mehr bei sensitiven beobachtet wird —), nach *Kaufmann* gelang. Zur Beseitigung psychogener Taubheit ist ein aktives Vorgehen erforderlich, aber auch dankbar, da Rezidive selten. In der ersten Zeit ward das Verständnis des Gehörten oft erst auf dem Umwege des Nachsprechens gewonnen und bei Fragen zuerst der wichtigste Bestandteil aufgefaßt. Es fehlt den Frischgeheilten die Fähigkeit, zusammenfassend zu hören, sie müssen sich anstrengen und die Aufmerksamkeit anspannen, um auf akustische Reize zu achten. Wer an Ablesen vom Munde gewöhnt war, mußte hieran gehindert werden, um wieder hören zu lernen. Andrerseits schienen bei diesen Kranken Gehöreindrucke unbewußt das Ablesen zu unterstützen, und wird ihnen der Sinn des unbewußt Gehörten und bewußt Abgelesenen erst durch nachahmende Sprechbewegungen klar. Alles spricht dafür, daß nicht reine Hörstörung, sondern Störung des Hörverständnisses vorliegt. Die Gehöreindrücke werden unbewußt unterdrückt, wozu anfangs außer dem vorübergehenden Gefühl des Nichthörenkönnens bei Explosionsknall mit Luft- und Erderschütterung wohl auch der Wunsch mitwirkt, so furchtbare Detonationen nicht mehr hören zu müssen. Diese Auffassungsperre sieht *B.* als Willensperre an, so daß er beim hysterisch Tauben eine Willensperre auf der zentripetalen Bahn (die vom Gehörzentrum etwa zum Begriffzentrum führen würde) annimmt, während beim Simulanten eine Willensperre auf der zentrifugalen Bahn vorliegen würde. Der Ausfall von Simulationsprüfungen ist daher der gleiche, weil der Unterschied nicht in der Reaktion selbst, sondern darin liegt, ob der Reiz bewußt wird. Weiter bespricht *B.* die Differentialdiagnose zwischen organischen und nicht-organischen Hörstörungen und betont wie *Kehrer*, daß man hierzu die örtlichen Erscheinungen nicht allein, sondern die ganze Persönlichkeit heranziehen müsse.

Hirschfeld (71) bringt den Selbstbericht eines Geheilten, der die Annahme einer Willensperre bestätigt: „Es ist ein hin und her wogender Kampf zwischen meinem Glauben, daß ich nicht hören und reden könne, und dem Willen des Arztes und meinem Willen, daß ich reden und verstehen können müsse."

Daß psychogen Taube unbewußt hören, zeigt auch folgender von *Göpfert* (55) mitgeteilter Versuch: Das Singen wird bei Hörenden durch eine angespielte Melodie beeinflußt; wird nun innerhalb einer Melodie ein Tonartwechsel vorgenommen, so folgt diesem der psychogen Ertaubte unbewußt, während der Hörende, Schwerhörige oder Schwerhörigkeit Übertreibende den ihm unbequemen Wechsel in der Regel sofort wahrnimmt und ihm widerstrebt.

Mauthner (110) beschreibt Hörstörungen bei Neurasthenikern, die sich von den hysterischen und den Innenohrläsionen gut abgrenzen lassen und in spontanen



Kopfschmerzen, Ohrensausen, Schmerzen im Kopf bei Lärm neben Schwindel, verkürzter Hörweite für Flüstersprache (nicht aber für laute Sprache) bestehen.

Guttmann (62) hat eine Übungstherapie zur Erlangung stimmhafter Sprache ausgearbeitet, die er bei rein funktionellen Störungen dann anwendet, wenn es nicht gelingt, den Komplex durch Überrumpelung zu sprengen.

Käß (80) beseitigte eine 12 Jahre bestehende funktionelle Stummheit auf suggestivem Wege. Der Kranke litt zugleich an hysterischen Anfällen, während deren der Puls gespannt, voll und beschleunigt und zugleich ein laut blasendes systolisches Geräusch über der Mitralis zu hören war.

Durch Beobachtung eines in Kliniken vielfach demonstrierten Muskelmenschen, der die hysterische Skoliose nachahmte, fand *Schuster* (164), daß das Primäre bei dieser nicht eine — anatomisch unmögliche — Hüftluxation ist, wie *Wertheim Salomonson* angenommen, sondern eine Drehung des Beckens um den Oberschenkelkopf, durch die die Skoliose erst sekundär erzeugt wird. Der eigentliche Zweck der hysterischen Skoliose ist die Fixierung der verletzten Rumpfhälfte durch einseitige Hochnahme des Beckens.

Steinberg u. *Voß* (178) u. *Donath* (38) beschreiben je einen Fall von hysterischer Kieferklemme nach Kieferbruch mit Heilung.

Heinicke (65) sah nach Radialisnaht die begonnene Bewegungsfähigkeit nicht fortschreiten und fand das Hindernis in psychogenen Spasmen, indem bei jeder Zusammenziehung der durchaus kräftigen Fingerstrecker und Daumenmuskeln zugleich die Beuger sich lebhaft zusammenzogen. Rasche Heilung nach entsprechender Behandlung.

Um durch Erwartungsaffekt den Singultus zu unterdrücken, erklärt *Pönitz* (140) zunächst dem davon Geplagten, daß er ihm sofort das Schlucksen wegbringen werde. Jener muß sich vor ihn hinsetzen und ihn fest und mit Ernst ansehen. Nach einigen Sekunden legt *P.* eine Mark auf den Tisch und sagt: „Sie bekommen diese Mark, wenn Sie jetzt noch einmal schlucksen.“ Dann wird die Mark verdoppelt und die Summe weiter erhöht. *P.* hat dies Verfahren, das ihm nie versagte, bei ernsten organischen Erkrankungen noch nicht erproben können, glaubt aber, daß es auch dort wirken würde, wenngleich wegen Fortdauer des Reizes wohl nur vorübergehend und nur dann, wenn der Kranke sich zu konzentrieren imstande ist.

Klien (85) fand in zwei Fällen von einseitigen kontinuierlichen rhythmischen Krämpfen der gesamten Schlingmuskulatur, die nach Apoplexie dauernd neben synchronen in andren Muskelgebieten aufgetreten waren, apoplektische Zysten an analogen Stellen der gleichseitigen Kleinhirnhemisphäre und in einem dritten Falle, in dem die gleichen Krämpfe, nur doppelseitig, vorhanden waren, Zysten an den gleichen Stellen beider Kleinhirnhemisphären. Voraussichtlich können kontinuierliche rhythmische Krämpfe durch Kleinhirnerkrankung je nach deren Lokalisation in sehr verschiedenen Muskelgebieten ausgelöst werden. Nicht sicher festgestellt seien bisher kontinuierliche rhythmische Krämpfe infolge Erkrankung der motorischen Nerven und ebensowenig solche auf hysterischer Basis, die die gesamte Schlingmuskulatur beträfen, während reflektorischer Tensor- oder Gaumensegelkrampf mit oder ohne Hysterie und reflektorischer Krampf der gesamten Schlingmuskulatur ohne Hysterie zweifellos vorkommt.



Von 120 nervösen Kriegsblasenstörungen, die *L. R. Müller* (119) untersuchte, betrafen 30 % Pat., die seit der Kindheit ohne Unterbrechung an Enuresis litten, meist minderbegabt, voll Degenerationszeichen, z. T. infantil waren, und von denen vier Fünftel durch das Kystoskop eine divertikelartige Ausbuchtung am Blasenscheitel, die durch einen ins Blaseninnere vorspringenden Muskelwulst von der übrigen Blase abgetrennt war, und Muskelhypertrophie, die sich aber nicht auf das Scheiteldivertikel erstreckte, erkennen ließen. Fast 25 %, vielfach nervöse, willensschwache, ängstliche Leute, hatten früher genäßt, und es stellte sich nach Erkältung ein Rezidiv ein; fast die Hälfte dieser Gruppe hatten das Divertikel des Blasenscheitels, Andre wenigstens eine Balkenblase. Die übrigen Kranken litten an Pollakisurie, und die Blasendruckmessung ergab Hypertonie der Blasenmuskulatur mit erhöhter Reflexerregbarkeit; die meisten waren infolge Erkältung erkrankt, einige nach Infektionskrankheiten, mehrere nach schweren psychischen Erschütterungen. Hysterie und Simulation lag nicht zugrunde, wenn auch mancher vielleicht bewußt oder unbewußt länger das Bett näßte, als der Krankheit entsprach. Bei der Kälteenurese und der Pollakisurie bewirkten Flüssigkeitsbeschränkung, Bettruhe und Wärme meist Heilung, doch blieb die Neigung zu Rückfällen.

Auch *Mohr* (113) glaubt, daß dem Bettnässen, der Pollakisurie usw. meist leichte körperliche Störungen zugrunde liegen, die aber erst durch seelische Fixierung und Weiterverarbeitung ihre Wichtigkeit erlangen; beim epidemischen Bettnässen möge auch die wasserhaltige Kost mitwirken. Von konsequenter Psychotherapie sah er sehr günstige Erfolge. Ebenso *Naber* (120), der auch die von Kind auf an Enuresis Leidenden prompt heilte: die Leute seien in dieser Hinsicht nicht erzogen worden.

Schwartz (165) untersuchte mit stumpfem „Ereuthometer I“ und einem Druck von 500 g die Dermographia peripherica rubra, mit spitzem „Ereuthometer II“ und Druck von 50 g die Dermographia dolorosa rubra (irritatives Reflexerythem). Am lebhaftesten waren die Reaktionen zwischen 16. und 22. Lebensjahr, während Geschlecht und Lufttemperatur wenig Einfluß zeigten. Neurastheniker hatten mehr lebhafte, Hysterische mehr schwache Dermogr. dolor.-Reaktionen; Nervengesunde reagierten z. T. auch lebhaft, doch nur bis zu einer gewissen Grenze. „Hyperämische Inseln“ traten nur bei Psychoneurosen oder organischen Erkrankungen auf. Das Verhalten der Dermogr. dolor. zeigte manche Übereinstimmung mit den Ergebnissen der plethysmographischen und tonometrischen Untersuchungen.

E. Müller (118) macht auf die praktischen Folgen des im Felde gar nicht selten beobachteten Residualwahns nach Typhus aufmerksam, da die Umgebung leicht den Angaben des Kranken glaubt oder er selbst auf Grund seiner krankhaften Vorstellungen strafbare Handlungen begeht. Auf einer Typhus-Schwerkrankenstation schätzte *M.* die Häufigkeit dieser meist flüchtigen Wahnvorstellungen auf mindestens 10 %.

Berendts (12 a) bespricht einen Fall *Huntington*scher Chorea, bei der die psychische Störung den choreatischen Erscheinungen voranging.

Aus den Ausführungen *Sieberts* (167), die besonders die Ätiologie der Epilepsie betreffen, ist hauptsächlich ein Fall erwähnenswert, der an *Reichardts* Be-



obachtung erinnert, daß hinzutretende Paralyse Epilepsie verschwinden lassen kann: ein Epileptiker, der von Jugend auf an häufigen Anfällen litt und sich mit 24 Jahren luisch infizierte, verlor, als er mit 30 Jahren an Hirnlues erkrankte, seine epileptischen Anfälle. Er genas unter antiluischer Behandlung, und die Anfälle kehrten bisher (3 Jahre Beobachtung) nicht zurück.

In Epileptikergehirnen fand *Tramer* (194) zwar viele verschiedenartige Entwicklungsstörungen im Bau der Ganglienzellen, der Glia und der Kapillaren, aber keineswegs solche, die als Ursache der epileptischen Anfälle oder der epileptischen Degeneration angesprochen werden konnten. Randgliose zeigte sich als konstantester Befund bei Epilepsie und geistigem Verfall, besonders wenn diese auf dem Boden angeborener geistiger Schwäche entstanden war. In 7 Fällen „spastischer Epilepsie", einer besonderen Verlaufsform, in der sich dauernde spastische Paresen einstellen und schließlich die Bewegungsfähigkeit mehr und mehr einschränken, fanden sich die *Betz*schen Riesenpyramidenzellen z. T. in bestimmter Weise verändert: von stark schwankender Größe, spindelförmig, prismatisch oder multiform, aber nicht gebläht, mit großem, blassem, rand- oder polständigem Kern, die Nißlschollen nur am Rand oder an oder in den Fortsätzen vorhanden, im übrigen Zelleib nur Tigroidstaub. Ähnlich war der Befund in zwei Fällen von Myoklonie-Epilepsie, nur fehlten die Nißlschollen ganz. Dagegen scheinen chronisch degenerative Veränderungen in den *Purkinje*schen Zellen und kolbige Verdickungen ihrer Dendriten, die sich in einem Falle von Epilepsie mit Paramyoclonus multiplex (*Friedreich*) fanden, für letzteren charakteristisch zu sein, da bei dieser Erkrankung auch früher schon von anderer Seite der gleiche Befund erhoben war.

Nach *di Gaspero* (52) pflegt die Zahl der weißen Blutzellen vor dem epileptischen Anfall zu sinken, gegen Ende der Anfälle und nachher zu steigen, und zwar betreffen diese Schwankungen weniger die Lymphozyten, die bei Epileptikern oft relativ und absolut vermehrt sind, als die Neutrophilen und Eosinophilen. Rasches Absinken der weißen Blutzellen, besonders der Neutrophilen, mit relativer Vermehrung der Lymphozyten kann vielfach als Vorbote eines drohenden Anfalls gelten. Bei annähernd normalen Leukozytenverhältnissen besteht fast stets subjektives Wohlbefinden und Freisein von akuten psychischen Störungen. Verf. macht auf die Ähnlichkeit im Verhalten der weißen Blutzellen beim epileptischen Anfall und bei den anaphylaktischen Shockvorgängen infolge parenteralen Eiweißzerfalls aufmerksam und sucht die genuine Epilepsie auf eine Eiweißzerfalltoxikose zurückzuführen.

Hiermit berührt sich eine Vermutung *Greßmanns* (58), der den Status epilepticus klinisch bespricht. Er weist auf die Möglichkeit hin, daß ein im Anfall vorhandenes inneres Sekret den gesteigerten Zerfall von Körpersubstanz bewirke, der zur Temperatursteigerung führt und sicher nicht allein von den Muskelzuckungen herrührt, da diese auch bei sehr erheblicher Temperatursteigerung sehr leicht sein können.

Poppelreuter (143) fand bei den epileptischen Hirnverletzten außerhalb der Anfälle eine dauernde Blutdruckerhöhung gegenüber den nichtepileptischen Hirnverletzten. Nur ganz kurze Zeit vor und nach dem Anfall schwankte der Blut-

druck in einigen dem Verf. gelungenen Messungen stark um den sonst bei denselben Kranken gefundenen Wert, und zwar war er vor dem Anfall weiter erhöht.

Knapp (87) beobachtete bei zwei Epileptischen, deren Geisteskräfte seit Jahren stark nachgelassen hatten, in und nach starken Erregungszuständen vorübergehend den Korsakowschen Symptomenkomplex, nur fehlte die Suggestibilität der Konfabulationen, und es war weniger die Merkfähigkeit als die Auffassung herabgesetzt.

Hauptmann (64) bespricht die Differentialdiagnose zwischen epileptischen, reaktiv psychogenen und hysterischen Anfällen im Anschluß an seine frühere Abhandlung (s. diese Ztschr. Bd. 75, S. 206*). *M. Meyer* (111), der die Differentialdiagnose zwischen epileptischen und hysterischen Krämpfen ähnlich wie *Hauptmann* behandelt, stellt zwischen beide statt der Hysteroepilepsie, die er als unvereinbar mit den jetzigen Anschauungen verwirft, als dritte Gruppe die psychasthenischen Krämpfe und die Affektepilepsie, die gleich den hysterischen Anfällen auf äußeren Anlaß, aber in Form epileptischer Anfälle bei schwer konstitutionellen Psychopathen oder Degenerierten auftreten und sich nicht zu wiederholen brauchen, wenn die Kranken in ruhigere Verhältnisse kommen.

Oppenheim (134) bespricht gründlich an der Hand sehr lehrreicher Krankengeschichten die psychasthenischen Krämpfe, die Pyknolepsie und die Schwierigkeiten ihrer Abgrenzung.

Bychowski (26) fand unter mehreren Hundert Pat. mit Verletzungen peripherer Nerven, darunter vielen nervösen und solchen mit heftigen Schmerzen, keine oder nur eine nicht einwandfreie Reflexepilepsie, so daß er deren Vorkommen bezweifelt.

Nach *Flesch* (47) sind beiderseitiges Fehlen des Fingerdaumenreflexes (*C. Mayer*) und die im epileptischen Sopor und im postepileptischen Schlafe fast nie fehlenden, oft unkoordinierten trägen Pendelbewegungen der Bulbi eindeutige Anzeichen für die epileptische Entstehung von Anfällen, namentlich letztere, da sie weder simuliert werden können noch beispielweise der Affektepilepsie eigen sind.

Kohlhaas (89) vermutet als Ursache epileptischer und eklamptischer Krämpfe sowie des Shocks bei starken Gewalteinwirkungen feinste Luftembolien in die Gehirngefäße und rät deshalb sofortiges Tiefhängen des Kopfes an, das sich ihm in schweren Fällen zerebraler Luftembolien bewährt hat.

Sztanojevits (192) schildert einen Fall von Myoklonusepilepsie, bei dem das Aufhören der epileptischen Anfälle und das Überhandnehmen der myoklonischen Zuckungen rasch unter meningitischen Erscheinungen und schneller Verblödung erfolgte. Auch *Galant* (51) beschreibt einen Fall von Myoklonusepilepsie.

Böttiger (18) bespricht ausführlicher drei Fälle traumatischer Epilepsie von *Jackson*schem Typ, bei denen die Stelle der Schädelwunde und der Operation nicht mit der motorischen Gegend übereinstimmte; trotzdem völlige Heilung. Dies erkläre die Mißerfolge der Operationen bei genuiner Epilepsie, da bei dieser nur die dem Ort des Krampfbeginns entsprechende Rindengegend, aber nicht die in diesen Fällen unbekannte Stelle, von der der Reiz ausging, entfernt wird. Die gegebene Behandlung der traumatischen Epilepsie sei die operative.



Noack (127) u. *Stiefler* (183) beschreiben je einen Fall von Narkolepsie, die im letzteren von Kindheit an bestand und mit erheblicher relativer Zunahme der Lymphozyten auf Kosten der neutrophilen Polymorphkernigen einherging.

Nach *Gerstmann* (53) treten infolge von Lawinenverschüttung, falls diese durch Luftabsperrung längere Asphyxie erzeugt, nach Wiederkehr regelmäßiger Atmung und Herztätigkeit zunächst klonische und tonische Krämpfe auf, dann folgt 1—2tägige Verwirrtheit mit starker motorischer Unruhe oder in schwereren Fällen ein bis mehrere Wochen anhaltender Stupor, worauf noch längere Zeit retrograde Amnesie zurückbleibt. Die Erscheinungen ähneln durchaus den von *Wagner v. Jauregg* nach Wiederbelebung von Erhängten beschriebenen.

Die von *Colla* (28) beschriebene Krampusneurose betraf eine Reihe von Bein-, Bauch-, Brust- und Halsmuskeln bei einem geistig beschränkten und familiär aphonischen, aber keineswegs hysterischen Kranken. Verf. sieht in dieser Krampusneurose eine durch spastische Aphonie und Erschöpfung vorbereitete und durch eine Ohnmacht ausgelöste Abwehrreaktion gegen militärischen Arbeitsdienst.

Herman (69) leitet die athetoseartigen Spontanbewegungen, die besonders bei Rückenmarksleiden (Tabes, Syringomyelie, multiple Sklerose) vorkommen, von der Aufhebung der Tiefensensibilität ab.

Bei *Hübners* Myotoniker (75) trat, außer den eigentlich myotonischen Erscheinungen, auf Kältereiz erst stundenlang anhaltende Starre, dann Schwächegefühl auf; die Krankheit war angeboren, ererbt und nicht progressiv.

Curschmann (29) beschreibt als ataktische Form der Myasthenie einen Fall, in dem ein 60jähr. Mann nach schwerer Angina und geschäftlicher Überanstrengung an zunehmender Ataxie des Gehens und Stehens, später auch der Hände, daneben an Sprach- und Schluckstörung erkrankte, aber so, daß diese Erscheinungen erst bei Ermüdung der einzelnen Leistung, also vorzugsweise nachmittags und abends, hervortraten. Einzelne Muskeln zeigten myasthenische Reaktion, doch stellte sich die Zuckung schon nach 2—3 Sekunden Pause wieder her.

Oppenheim (133) hebt auch für die Polyneuritis die Bedeutung der Disposition hervor und empfiehlt dringend allg. Diaphorese und örtliche Heißluftbehandlung.

Klemperer (84) sieht als Hauptursache der Arteriosklerose häufige Blutdrucksteigerung an, wie sie nicht nur körperliche Anstrengungen, sondern auch seelische Erregungen, wie Kummer, Sorgen, Ärger, bewirken. Aber auch dauernd erhöhter Blutdruck und die damit verbundene Verstärkung des 2. Aortentons können mit Schwinden der Ursache wieder vergehen, nur ist dies seltener der Fall, wenn seelische Erregungen die Ursache abgeben, weil diese schwerer abzustellen sind und länger eingewirkt haben müssen, um die Zeichen der Gefäßveränderung hervorzubringen.

Peritz gibt eine eingehende und lehrreiche kritische Darstellung der Akromegalie und des Gigantismus (135), sowie des Infantilismus (136). Besonders sei auf die Schilderung des psychischen Infantilismus, seines Unterschiedes vom Schwachsinn, die Hervorhebung seiner sozialen und kriminellen Gefahren auf-



merksam gemacht. Die psychische Infantilität führt *P.* auf das Ausbleiben der Entwicklung von nervösen Hemmungen zurück, das im wesentlichen als Folge der geringen oder fehlenden Funktion der Pubertätsdrüse anzusehen sei, sofern nicht, wie beim einzigen Kind, die Erziehung vollkommen versagt hat und daher keine Hemmungen ausgebildet sind. Wenn jedoch *P.* auch die höhere Pulszahl des Kindes davon ableitet, daß der Hemmungsapparat, hier also die Vaguswirkung, noch nicht genügend ausgebildet ist, so liegt es wohl näher, hierfür die Kleinheit des Kindes heranzuziehen, entsprechend der Abhängigkeit der Pulszahl von der Größe der Tierarten. Der körperliche Infantilismus beruht nur z. T. auf Entwicklungstörung der Pubertätsdrüse, während die wachstumfördernden Drüsen andauernd arbeiten (materieller Infantilismus), im übrigen aber auf Fehlen der Wachstumsreize, weil Hypophyse oder Schilddrüse nicht arbeiten (formeller Infantilismus), oder endlich auf mangelhafter Versorgung der Zellen mit Nahrungstoffen (dystrophischer Infantilismus).

Fahr (43) teilt einen Fall mit, in dem die nicht vollständige Zerstörung des Vorderlappens der Hypophyse vorzeitige Menopause, mäßige Kachexie und 26 Jahre später Krämpfe und den Tod bewirkte. Außer der Hypophysenveränderung fand sich nur Atrophie der Nebennieren. In einem zweiten Fall hatte völlige Zerstörung des Hinterlappens der Hypophyse durch Krebs des Vorderlappens keine Dystrophia adiposo-genitalis zur Folge.

Boström (21) beschreibt den ersten klinisch diagnostizierten Fall von Hypophysenatrophie; auf die Ursache der zunehmenden Kachexie, die sich nach schwerer Entbindung nach Schlaganfall eingestellt und frühzeitige Menopause herbeigeführt hatte, leitete das Fehlen der Augenbrauen-, Achsel- und Schamhaare.

Während Vergrößerung der Thyreoidea im Klimakterium öfters beschrieben ist, sah *Curschmann* (30) viermal Myxödem als Folge des Klimakteriums auftreten, meist an Stelle der gewöhnlichen klimakterischen Beschwerden, einmal nach kurzem Bestehen derselben. Ferner Myxödem einmal nach operativer Kastration bei einer 40jähr. und einmal nach Exstirpation eines Ovarialkystoms bei einer 62jähr. Frau. Stets durch Thyreoidin große Besserung. Hiernach leitet *C.* auch die von ihm beschriebenen klimakterischen Ödeme von klimakterischer Hypofunktion der Schilddrüse ab.

Westrick (200) beschreibt eine amentiaartige Erkrankung bei Morbus Basedowii mit tödlichem Ausgang.

Klose (86) bestreitet die Berechtigung, wissenschaftlich eine besondere Kriegsform der Basedowerkrankung anzunehmen. Zwei seiner Beobachtungen zeigen die Entstehung des Basedow aus starkem Affekt, dem Entsetzen eines Straßenbahnfahrers, der ein Kind tot fährt, und dem Schrecken bei Granatexplosion.



5. Funktionelle Psychosen.

Ref.: Umpfenbach-Bonn.

1. *Alford*, *A. B.*, An analysis of forteen cases of senile dementia showing neither atrophic nor arterio-sclerotic cerebral changes at autopsy. Journ. of nerv. and ment. disease 46, No. 2, 1917.
2. *Babonneix*, *L.*, et *M. Brissot*, Étude sur cinq cas d'affections mentales d'origine traumatique. Rev. neur. 25, p. 316.
3. *Barbé*, *A.*, Negativisme mnésique chez un catatonique. Revue neurol. tome 35, p. 32.
4. *Barton*, *F.*, Über Kriegspsychosen. Wien. klin. Wschr. Bd. 31, Beil.: Militärsanitätswesen S. 685.

4a. *Batten*, *F. H.*, and *Still*, *G. F.*, Epidemic stupor in children. The Lancet vol. I, p. 636.

5. *Beckmann*, *Josef*, Über die Einwirkung fieberhafter Krankheiten auf die Heilung von Psychosen mit besonderer Berücksichtigung des Erysipels. Inaug.-Diss. Kiel.
6. *Benon*, *R.*, et *H. Cuneau*, Psychoses de guerre et considérations médico-legales. Rev. neur. vol. 25, p. 327.
7. *Bertschinger*, *H.* (Schaffhausen), Über Aufmerksamkeitsstörungen bei Kommotionspsychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 43, S. 2. (S. 96*.)
8. *Biehlmeyer*, *Carl Friedrich*, Über Kriegspsychosen bei Frauen. Inaug.-Diss. Kiel.
9. *Bickel*, *H.* (Bonn), Reaktionen des Gefäßsystems bei Bewußtseinsvorgängen. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildg. IX, H. 5, S. 10.
10. *Birnbaum*, *Carl* (Berlin-Buch), Kriegsneurosen und -psychosen der gegenwärtigen Kriegsbeobachtungen. Sammelber. Sechste Zusammenstellung von April bis Ende 1917. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref., Bd. 16, S. 1.
11. *Birnbaum*, *Carl* (Berlin-Buch), Psychische Verursachung seelischer Störungen und die psychisch bedingten abnormen Seelenvorgänge. Wiesbaden. (Grenzfr. d. Nerv. u. Seelenl. Nr. 163.)
12. *Bleuler*, *E.* (Burghölzli), Störung der Assoziationsspannung ein Elementarsymptom der Schizophrenie. Eine Hypothese. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 74, S. 1.



13. *Bleuler*, *E.* (Zürich-Burghölzli), Mendelismus bei Psychosen, speziell bei Schizophrenie. Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psych. Bd. 1. H. 1.

14. *Bleuler*, *E.*, und *Hans W. Maier* (Zürich), Kasuistischer Beitrag zum psychologischen Inhalt schizophrener Symptome. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 43, S. 34. (S. 92*.)

15. *Blume*, *G.* (Berlin), Über periodische Wahnvorstellungen. Ges. f. Psych. u. Nervenheilk. Sitzung v. 11. III. 1918. Ref. von *Kurt Singer*. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref., S. 175.

16. *Blume*, *G.* (Berlin), Über Erinnerungsfälschungen, Wahnvorstellungen und ihre Beziehungen zu Traumerlebnissen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 42 S. 206.

17. *Boedler*, *Wilhelm*, Psychische Störungen im Verlauf der Influenza. Inaug.-Diss. Kiel.

18. *Bolten*, *G. C.* (Haag-Holland), Über die Bedeutung der Blutantitrypsine für die psychiatrisch-neurologische Diagnostik. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 43 S. 215. (S. 92*.)

19. *Bonhoeffer*, *Karl* (Berlin), Die Indikationen zur ärztlichen Unterbrechung der Schwangerschaft bei psychischen und nervösen Störungen. Berl. klin. Wschr. Nr. 1.

20. *Bouman*, *K. H.*, Über eigentümliche Formen familiärer Psychosen. Psych. en Neurol. Bladen, Feestbundel 1918, S. 135.

21. *Braunert*, *Fritz*, Über Krampfanfälle bei Dementia praecox. Inaug.-Diss. Greifswald.

22. *Bunse*, *Paul* (Kennenburg), Die reaktiven Dämmerzustände und verwandte Störungen in ihrer Bedeutung als Kriegspsychosen. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Orig., Bd. 40, S. 237. (S. 96*.)

23. *Capelle*, *Kurt*, Manisch-depressives Irresein. Inaug.-Diss. Bonn.

24. *Capgras*, *I.*, et *René Bessière*, Délire d'interprétation consécutif à une commotion par explosion de torpille. Rev. med. tome 25, p. 121.

25. *Christoffel*, *H.* (Zürich), Depression im Zusammenhang mit nervöser Erschöpfung bei Kriegsteilnehmern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 45, S. 261. (S. 91*.)

26. *Christoffel*, *H.* (Zürich), Dial-Ciba und Dialcibismus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 43, S. 49. (S. 97*.)




27. *Cox, W. H.*, Inquiétude périphérogène chez quelques aliénés. Hypothèse. Psych. en Neurol. Bladen. Feestbundel. 1918. S. 200.

28. *Del Greco, Francesco*, La psicoterapia e le frenosi di guerra. Rivist. ital. di Neurop., Psichiatria ed Elettroterapia. Vol. XI, fasc. 2. (S. 97*.)

29. *Denzel, Ernst*, Über psychische Störungen im Gefolge von Gelenkrheumatismus. Inaug.-Diss. Kiel.

30. *Dettler, Martin*, Experimentelle Studien über Assoziationen Manisch-Depressiver in depressivem Zustande. Inaug.-Diss. Berlin.

31. *Deutsch, Helene* (Wein), Kasuistik zum „induzierten Irresein". Wien. klin. Wschr. Bd. 31, S. 809.

32. Dieselbe, Sitzungsber. Münch. med. Wschr. Bd. 65, S. 914.

33. *Deutsch, Kath.*, Ein kasuistischer Beitrag zur Lehre von den Zwangsvorstellungen. Inaug.-Diss. Berlin.

34. *Donath, Julius* (Budapest), Über Arithmomanie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 43, S. 56. (S. 97*.)

35. *Eager*, Geisteskrankheiten nach Granatkontusion. Brit. med. Journ. Nr. 2989.

36. *Eisath, Georg* (Hall i. Tirol), Paranoider Symptomenkomplex und manisch-depressives Irresein. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 41, S. 229. (S. 90*.)

37. *Elander*, Kasuistischer Beitrag zur Klinik der reduplikativen Paramnesie bzw. des déjà-vu. Hygiea No. 4. Ref. im Neurol. Zentralbl. Bd. 37, S. 761.

38. *Ewald, G.* (Rostock), Zur Frage der klinischen Zusammengehörigkeit der symptomatischen Psychosen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 44, S. 127, 218. (S. 98*.)

39. *Fauser, A.* (Stuttgart), Kriegspsychiatrische und -neurologische Erfahrungen und Betrachtungen. Vortrag. Arch. f. Psych. Bd. 59, S. 260.

40. *Flatau, Georg* (Berlin), Über psychische Infektion. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 59, H. 5 u. 6.

41. *Flesch, Julius* (Wien), Über sog. funktionelle Nervenerkrankungen. Psych.-neurol. Wschr. 1918/19, S. 31, 43.

42. *Français, H.*, et *R. Bessière*, Les sequelles psychiques des blessés du crâne et des commotionnés. Rev. neur. vol. 25, p. 305.



43. *Friedländer*, *Adolf* (Frankfurt a. M.), Grundlinien der psychischen Behandlung. Eine Kritik der psychotherapeutischen Methoden. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 42, S. 99. (S. 99*.)

44. *Friedländer*, *Erich* (Lemgo), Zur Behandlung und Beurteilung syphilogener Geisteskrankheiten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 43, S. 369.

45. *Friedländer*, *Erich* (Lemgo), Dasselbe. Inaug.-Diss. Gießen.

46. *Gaupp*, *Robert* (Tübingen), Über die Neurosen und Psychosen des Krieges. Sitzungsber. Münch. med. Wschr. Bd. 65, S. 493.

47. *Gaupp*, *Robert* (Tübingen), Kritische Anmerkungen zu dem Aufsatz von *Hoppe* über „Dementia praecox und Dienstbeschädigung" (vgl. diese Ztschr. S. 386). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 41, S. 396.

48. *Gierlich*, *Nik.* (Wiesbaden), Systematisierter Größenwahn auf submanischer Grundlage bei einem Soldaten an der Front. Med. Klink. Nr. 23, S. 562. (S. 91*.)

49. *Goldscheider*, *Alfred* (Berlin), Über krankhafte Überempfindlichkeit. Berl. klin. Wschr. S. 514 (auch Ztschr. f. phys.-diät. Ther., Maiheft).

50. *Grünfeld*, *Max*, Über Schizophrenie im Kindesalter. Inaug.-Diss. Berlin.

51. *Gruhle*, *H. W.* (Heidelberg), Psychiatrie für Ärzte. Berlin, J. Springer. 296 S.

52. *Gutsch*, *Werner*, Beitrag zur Paranoia-Frage. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 38, S. 286. (S. 95*.)

53. *Gutzeit*, *Walter* (Breslau), Akute Psychosen und psychoneurotische Zustände bei Desinfektoren. Psych.-neurol. Wschr. 1918/19, S. 14. (S. 100*.)

54. *Herzig*, *Ernst* (Wien-Steinhof), Geistige Schwäche und psychopathische Konstitution. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 41, S. 398.

55. *Hesnard*, La démence précoce post-confusionelle sans confusion mentale chronique. Rev. neur. vol. 25, p. 68.

56. *Heßbrügge*, Zur Beurteilung von Katatonie (Spannungsirresein) als Unfallfolge. Ärztl. Sachv.-Ztg. Bd. 24, S. 81.



57. *Hinrichsen, Otto* (Basel), Demenz und Psychose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 39, S. 337. (S. 92*.)

58. *Holländer*, Sinnestäuschungen im Moment der Verwundung durch Explosivgeschoß. Berl. med. Ges. v. 26. VI. 1918. Ref. Berl. klin. Wschr. Nr. 19.

59. *Hoop, J. H. van der* (Amsterdam), Psychogenese als Differenzialdiagnostikum. Melancholie oder Psychasthenie? Krankengeschichten. Tijdschr. voor Genesk. 23. März.

60. *Hoppe, Ed.* (Rinteln), Dementia praecox und Dienstbeschädigung. (cf. *Gaupp, R.*, kritische Bemerkungen dazu, diese Ztschr. S. 396.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 41, S. 386. (S. 92*.)

60a. *Hübner, A.* (Bonn), Über therapeutische Versuche bei Dementia praecox. Hundert Jahre. A. Marcus u. E. Webers Verlag. Bonn. (S. 93*.)

61. *Janssens*, Über Operationspsychosen. Med. Maandschr. v. Verlosk.. Vrouwenst. en Kindergeneesk. vol. 7, p. 123 u. 179.

62. *Jörger, J. B.*, Über Dienstverweigerer und Friedensapostel. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 43.

63. *Kettelhoit, Klemens*, Beitrag zur Lehre von den psychischen Störungen nach Blitzschlag. Inaug.-Diss. Kiel 1917.

64. *Kleist, Karl* (Rostock), Schreckpsychosen. Sitzungsber. (Verein Nordd. Psych. u. Neurol., Kriegstagung, Hamburg-Friedrichsberg. 16. VI. 1918.) Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 74. S. 171.

65. *Kretschmer, Ernst* (Tübingen), Der sensitive Beziehungswahn. Ein Beitrag zur Paranoiafrage und zur psychischen Charakterlehre. Habilitationsschrift Tübingen. Berlin, Julius Springer. 164 S. (S. 95*.)

66. *Kreuser, Heinrich* (Winnenthal), Zur Frage der Kriegspsychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 74, S. 113.

67. *Krieger, Adolf*, Prüfung der Merkfähigkeit bei seniler Demenz. Sommers Klin. f. psych. u. nerv. Krankheiten. Bd. 20, H. 2.

68. *Krueger, Hermann*, Psychisches Werden und Vergehen. Zugleich ein Beitrag zur Lehre von den endogenen Psychosen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 44, S. 1.



69. *Krüger, Theodor*, Über psychische Störungen bei Pneumonie. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 100*.)

70. *Kutzinski, A.* (Berlin), Über Denkstörungen bei Geisteskranken (Schluß). Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 43, S. 316, 340.

71. *Lankhout, J.*, Krankheitserscheinungen des Gehirns bei Influenza. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 62 (II), S. 1187.

72. *Leja, Anton*, Beitrag zur Klinik und Symptomatologie der Schwangerschaftspsychosen. Inaug.-Diss. Kiel.

73. *Martin, Friedrich*, Die Lehre von den Ursachen der Konstitutionspathologie. Deutsche med. Wschr. 17 u. 18.

74. *Mercklin, August* (Treptow a. d. R.), Über das Mißtrauen und den sog. Verfolgungswahn der Schwerhörigen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 74, S. 41.

75. *Meyer, E.* (Königsberg), Psychose und Schwangerschaft. Sitzungsbericht. Deutsche med. Wschr. Jahrg. 44, S. 533.

76. *Meyer, E.* (Königsberg), Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft. Med. Klin. Nr. 7 u. 8.

77. *Meyer, E.* (Königsberg), Religiöse Wahnideen und Kriegsdienst. Sitzungsber. Deutsche med. Wschr. Nr. 23.

78. *Müller, Eduard* (Marburg), Über eine praktisch wichtige Störung nach typhösen Erkrankungen. Zentralbl. f. innere Medizin. S. 28. (S 100*.)

79. *Müller, F.*, Über „sensorische Insuffizienz apperzeptiver Genese" ein Symptom der depressiven Zustände des manisch-depressiven Irreseins. Psych. en neurol. Bladen. Feestbundel S. 472.

80. *Naville, T.*, Délires de rêve. Rev. méd. de la Suisse romain No. 10.

81. *Notkin, S.*, Die Grippe als auslösendes Element bei Psychosen. Korresp. f. Schweizer Ärzte Nr. 50—52. (S. 101*.)

82. *Oefring, Martin Kurt*, Geisteskrankheiten bei Militärpersonen im Mannesalter. Inaug.-Diss. Leipzig.

83. *Oppenheim, Herm.* (Berlin), Zur Psychopathologie des Geizes. Ztschr. f. Psychother. u. Psychol. 7, S. 193.

84. *Peretti, Joseph* (Düsseldorf-Grafenberg), Von der Übertragung religiös-überspannter und theosophischer Ideen und von einer Gruppe „wahrer Menschen". Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 74, S. 54.



85. *Pfersdorff, Karl* (Straßburg-Tübingen), Über paranoide Erkrankungen im Felde. Vortrag. Wandervers. Südwest. Neurol. u. Psych. Baden-Baden, Mai 1918. Eigenber. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref., Bd. 16, S. 427.

86. Dasselbe, Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Jahrg. 37, S. 567.

87. *Pilcz, Alexander* (Wien), Zur Organotherapie der Dementia praecox. Psych.-neurol. Wschr. 1917/18. S. 303. (S. 93*.)

88. *Pilcz, Al.* (Wien), Ein durch Epiglandolmedikation geheilter Fall von Dementia praecox. Sitzungsber. Münch. med. Wschr. Jahrg. 65. S. 143.

89. *Pilcz, Johann* (Krakau), Über homologe Heredität bei Zwangsvorstellungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 43, S. 134.

90. *Pirig, Wilhelm*, Die forensische Bedeutung der Hypomanie. Inaug.-Diss. Bonn.

91. *Prengowski, P.* (Warschau), Zur Behandlung der Dementia praecox. Arch. f. Psych. 59, S. 253. (S. 93*.)

91a. *Prengowski, P.* (Warschau), Über einen Fall von Geisteskrankheit mit besonderen Symptomkomplexen. Gazeta lekarska 1918, No. 36. (Polnisch.) (S. 101*.)

91b. *Prengowski, P.* (Warschau), Zur Frage erzieherischer Behandlungsweise in den psychiatrischen Abteilungen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 74, H. 4—6, S. 314.

92. *Rähmi, C.* (Zürich), Die Dauer der Anstaltsbehandlung bei Schizophrenen. Inaug.-Diss. Zürich. (S. 93*.)

93. *Raether, M.* (Bonn), Über die Heilung von funktionellen psychischen Störungen nach der sog. Kaufmann-Methode. Neurol. Zentralbl. 37, S. 161.

94. *Rautenberg, Hellmuth* (Hamburg Friedrichsberg), Wert des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens für die Kriegspsychiatrie. Deutsche militärärztl. Ztschr. 36, S. 417.

95. *Rautenberg, H.* (Hamburg-Friedrichsberg), Über den klinischen Wert der Blutreaktion nach Abderhalden, insbesondere auf Grund kriegs-forensischer Begutachtung. Sitzungsbericht Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 74, S. 162.

96. *Rechtschaft, Osias*, Ein Beitrag zur Frage der Beziehungen zwischen asphyktischer und schwerer Geburt und nachfolgenden psychi-



schen und nervösen Störungen. Inaug.-Diss. Breslau.

97. *Reese, Hans*, Zur forensischen Beurteilung der Geistesstörungen im Gefolge von Lues cerebri. Inaug.-Diss. Kiel.

98. *Reise, Wilhelm* (Neustadt-Holstein), Zur Symptomatologie der Paranoia chronica. Inaug.-Diss. Kiel.

99. *Riese, Walter* (Frankfurt a. M.), Ein Beitrag zur Kenntnis der psychischen Störungen nach Gasvergiftung. Mtschr. f. Neurol. u. Psych. Bd. 44, S. 368. (S. 101*.)

100. *Riese, Walter* (Frankfurt a. M.), Psychische Störungen nach spanischer Grippe. Neurol. Zentralbl. Jahrg. 37, S. 706. (S. 101*.)

101. *Röse, K. H.*, Schlußurteil bei 750 im Vereinslazarett Philippshospital in Goddelau behandelten psychischen und nervösen Erkrankungen. Klin. f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. 10, S. 141.

102. *Röse, K. H.*, Dasselbe. Inaug.-Diss. Gießen.

103. *Rohrbacher, Wilhelm*, Ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Katatonie und symptomatischer Psychose. Inaug.-Diss. Berlin.

104. *Rothmann, R.* (Königsberg i. Pr.), Innere Sekretion und Dementia praecox. Vorläufige Mitteilung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 38, S. 380. (S. 93*.)

105. *Sagel, Wilhelm* (Arnsdorf), Über einen Fall atypischer Alkoholhalluzinose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 39, S. 239.

106. *Scheffer, C. W.*, Über den Wert der katatonen Symptome. Doktordissert. Groningen. Ref. *van der Torren*. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref., Bd. 17, S. 28.

107. *Schermes, D.*, Einige Obsessionen. Psych. en Neurol. Bladen, Feestbundel 1918, S. 613.

108. *Schilder, Paul* (Wien), Wahn und Erkenntnis. Eine psychopathologische Studie. Berlin, Jul. Springer. 115 S. (S. 94*.)

109. *Schmidt, Wilhelm*, Forensisch-psychiatrische Erfahrungen im Kriege. (Abhandlungen aus der Neurologie, Psychiatrie, Psychologie und ihren Grenzgebieten. Heft 5.) Berlin, J. Karger.

110. *Schneider, Kurt* (Köln), Schizophrene Kriegspsychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 43, S. 420. (S. 94*.)



111. *Schneider, Kurt*, Die Lehre vom Zwangsdenken in den letzten zwölf Jahren. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref., Bd. 12, S. 113 u. 193. (S. 101*.)

112. *Schröder, P.* (Greifswald), Ungewöhnliche periodische Psychosen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 44, S. 261. (S. 102*.)

113. *Schwab, F.* (Frankfurt a. O.), Selbstschilderung eines Falles von schizophrener Psychose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig., Bd. 44, S. 1. (S. 94*.)

114. *Seelert, Hans* (Berlin), Psychische Störungen nach Leuchtgasvergiftung. Berl. Ges. f. Psych. u. Nervenkrankh. Sitzung v. 8. VII. 18. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Jahrg. 37, S. 562.

115. *Seld, A.*, Freihr. *v.*, Die Infektionspsychosen bei Kreislaufstörungen. Inaug.-Diss. Kiel.

116. *Serko, Alfred* (Graz), Über einen eigenartigen Fall von Geistesstörung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 44, S. 21.

117. *Singer, H. D.*, and *Clark, S. N.*, Psychoses associated with diabetes mellitus. Journ. of nerv. and ment. dis. vol. 46, 1917, no. 6.

118. *Sterling, W.* (Warschau), Polyneuritis nach Blitzschlag. Neurol. Zentralbl. Jahrg. 37, S. 577.

119. *Stiefler, Georg* (Innsbruck), Über Psychosen und Neurosen im Kriege. III. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. 38, S. 381.

120. *Stier, Ewald* (Berlin), Die respiratorischen Affektkrämpfe des frühkindlichen Alters. Zwangl. Abhandlg. der Nerven- u. Psychopathologie des Kindesalters I, Heft 6. Jena, G. Fischer. 105 S.

121. *Stolzenburg, Ernst* (Göttingen), Einige Bemerkungen zur Dienstbeschädigungsfrage bei den wichtigsten Psychosen. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl. Jahrg. 37, S. 477.

122. *Stransky, E.* (Wien), Manisch-depressive Symptome im Material der nervenärztlichen Privatsprechstunde. Wien. med. Wschr. Nr. 46.

123. *Stransky, E.* (Wien), Krieg und Geistesstörung. Feststellungen und Erwägungen zu diesem Thema vom Standpunkt angewandter Psychiatrie. (Grenzfr. d. Nerven- und Seelenlebens, herausgeg. v. Löwenfeld, H. 102.) Wiesbaden, J. F. Bergmann. 77 S.



124. *Strohl, Willibald*, Psychose im Anschluß an „spanische" Grippe. Orvos. Hetilap. No. 50.

125. *Tintemann, Wilhelm* (Osnabrück), Geistesstörung nach zweimaligem Schädeltrauma. Ärztl. Sachv.-Ztg. Jahrg. 24, S. 141.

126. *Torren, J. van der* (Hilversum), Ein Fall von Schizophrenie? Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 39, S. 364.

127. *Tramer, M.*, Beitrag zur Frage der postoperativen Psychosen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918, Nr. 8.

128. *Trüb, Max* (Zürich), Über Aufmerksamkeit und Auffassungsfähigkeit bei Gesunden und Kranken unter besonderer Berücksichtigung des Stupors. Experimentelle Untersuchungen mit dem Ranschburgschen Mnemometer. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Orig., Bd. 40, S. 385.

129. *Tucker, Beverley, R.*, Pituitary disturbance in its relation to the psychoses of adolescence. The American journ. of. med. Ass. Vol. 71, p. 330.

130. *Uhlmann*, Die Mobilisationspsychosen in der schweizerischen Armee. Nach den Krankengeschichten und den Akten der eidgenössischen Militärversicherung. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1918, Nr. 11.

131. *Vischer, A. L.* (Basel), Die Stacheldrahtkrankheit. Beiträge zur Psychologie der Kriegsgefangenen. Schweizer Schriften f. allg. Wissen, H. 5. Zürich, Rascher u. Co. 55 S. (S. 102*.)

132. *Vorkastner, W.* (Greifswald), Epilepsie und Dementia praecox. Abhandl. aus der Neurol., Psych. usw. Herausgeg. von Bonhoeffer. H. 4. Berlin, S. Karger. 112 S. (S. 94*.)

133. *Wagner v. Jauregg* (Wien), Späte Charakterveränderung mit Auftreten eines paranoiden Zustandes. Mord an einem Kinde, wahrscheinlich in pathologischer Alkoholreaktion. Abweichende psychiatrische Beurteilungen. Tod in der Irrenanstalt. Luetische Veränderungen an Aorta und Gehirn. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. 38, S. 1.

134. *Wagner v. Jauregg* (Wien), Kriegsneurologisches und Kriegspsychiatrisches. Wien. med. Wschr. 68, S. 1877.

135. *Waitzfelder, Walter*, Geistesstörungen nach Kopfverletzung. Inaug.-Diss. Berlin.



136. *Weber*, *L. Wilh.* (Chemnitz), Psychische Störungen bei der Grippe-epidemie. Deutsche med. Wschr. Jahrg. 44, S. 1445.
137. *Wedekind*, *Arnim W.*, Beiträge zur Kasuistik der psychischen Infektion. Journ. f. Psychol. u. Neurol. 22 u. 23, 1917.
138. *Weichbrodt*, *R.* (Frankfurt a. M.), Zur Dementia praecox im Kindesalter. Arch. f. Psych. Bd. 59, S. 101. (S. 95*.)
139. *Weil*, *Else*, Ein Beitrag zur Kasuistik des induzierten Irreseins. Inaug.-Diss. Berlin.
140. *Wenzel*, *Ernst*. Über psychische Störungen im Gefolge von Gelenkrheumatismus. Inaug.-Diss. Kiel.
141. *Westrick*, *Bernhard*, Über amentiaartige Erkrankung bei Morbus Basedowii. Inaug.-Diss. Kiel.
142. *Wiersma*, *E. D.*, Die Psychologie der Verwirrtheitszustände. Verslag d. Verg. kon. Acad. v. Wet. 25, S. 1495.
143. *Wigert*, *Viktor* (Stockholm), Studien über die paranoischen Psychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 40, S. 1. (S. 96*.)
144. *Wimmer*, *August* (Kopenhagen), Nichtsyphilitische Geisteskrankheiten bei Syphilitikern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig., Bd. 42, S. 290.
145. *Wyatt-Smith*, *F.*, A case of acute delirious mania recovery. The Lancet 195, p. 327.
146. *Zahn*, *H. W.* (Berlin), Über Zwangsvorstellungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 43, S. 59. (S. 102*.)

a) Manisch-depressives Irresein.

Eisath (36) beschreibt hier ausführlich einen sog. „unklaren Fall" und weist darauf hin, daß bei solchen schwierigen Krankheitsformen zuweilen durch eine gründliche und durch eine auf lange Zeiträume ausgedehnte klinische Beobachtung die oft ungeheuren Schwierigkeiten doch bewältigt und einwandfreie Diagnosen ermittelt werden können. In der Regel liegt nur eine Psychose vor, jeder Fall muß vorerst als einheitliche, nicht zusammengesetzte Geisteskrankheit gedeutet werden. Erst wenn es keine andere Möglichkeit der Auffassung und Erklärung gibt, darf an eine zusammengesetzte Psychose gedacht werden. Auch bedeutet es keinen Forstchritt für die klinische Psychiatrie, wenn einzelne Fachmänner zwei ganz selbständige Geisteskrankheiten in eine einheitliche und gemeinsame Krankheitsform aufgehen lassen. Paranoia und manisch-depressives Irresein lassen sich nicht zu ein und derselben Krankheitsart zusammenkoppeln.

E. rät zu einem Mittelweg: Man muß nämlich eine scharfe Unterscheidung treffen zwischen dem Zustandsbild und dem Krankheitsbild, und dasjenige, was



bloß ein Symptomenkomplex ist, wird man für einen solchen und nicht für eine Krankheitsform ansehen müssen. In der Regel fügt sich das Krankheitsbild und mehrere Symptomenkomplexe zusammen. Solche Geisteskrankheiten sind natürlich noch keine zusammengesetzten Psychosen. Die Symptomenkomplexe müssen genau beschrieben und voneinander abgegrenzt und ihr gemeinsames Vorkommen und ihre gegenseitigen Beziehungen eingehend ergründet werden. Die Aufgabe der klinisch-psychiatrischen Forschung liegt nicht darin, daß entweder die von *Hoche-Hartmann* einerseits oder von *Kahlbaum-Kraepelin* andererseits vorgeschlagenen Methode eingeschlagen werde, sondern darin, daß beide Forschungsarten nebeneinander in gleichem Maße betrieben werden. *E.* hält es für notwendig, im Interesse der Sache eine genaue Fassung der fachwissenschaftlichen Begriffe und eine Verbesserung der Nomenklatur anzustreben.

Christoffel bestätigt (25) die relative Seltenheit von Erkrankungen an manisch-depressivem Irresein im Kriege,gegenüber der Häufigkeit von Depressionszuständen anderer Art. Reine Depressionszustände hat er nie beobachtet, nicht selten aber depressive Zustände bei angeborenen oder erworbenen Geisteskrankheiten. Zu ersteren rechnet er die Psychopathien. Weiterhin beobachtete er aber eine kleine Gruppe von Fällen bei früher völlig Gesunden, wo mehr oder weniger deutlich in Zusammenhang mit äußeren Schädigungen eine eigentümlich gefärbte Depression sich entwickelt hatte. Es handelte sich dabei um reaktive Zustände, bei depressiver Veranlagung. Er reiht diese Fälle der symptomatologischen Gruppe der nervösen Erschöpfung ein. Es handelte sich übrigens um intelligente Männer im Alter von 28—34 Jahren. Beginn meist schleichend im Anschluß an körperliche Krankheiten, namentlich Typhus und Verdauungsstörungen. Die Kranken ermüdeten leicht und litten unter diesem Zustande. Die Depression war eine gleichmäßige, hartnäckige, durch einen gereizten Zug gekennzeichnet. Es bestand mehr Explosivität als Labilität, Unverträglichkeit. Klagen über Interesse und Freudlosigkeit. Im Gegensatz zur Hemmung der reinen Depression besteht hier Zerfahrenheit, Gedankenjagen. Die Denkstörung möchte *Ch.* als Erschöpfungszustand auffassen. Die Kranken suchen die Ursache der Erkrankung nicht in sich, sondern mehr außer sich. Sie bilden eher katathym als depressiv gefälschte Urteile, zeigen leichtparanoide Züge.

Ch. faßt die Krankheitszustände auf als Reaktion auf eine Erschöpfung. Die Zustände erinnern somit an die von *Kraepelin* geschilderten infektiösen Schwächezustände, auch an die Stacheldrahtkrankheit von *Vischer* (131).

Ch. schließt: „Die Tatsache einer Vermehrung reaktiver Depression spricht dafür, daß in den körperlichen und psychischen Strapazen des Krieges eine wesentliche Ursache solcher Zustände zu suchen ist. Was die Rolle der Konstitution betrifft, so ist vielleicht zu schließen, daß, da der Krieg anscheinend die manisch-depressiven Erkrankungen nicht vermehrt hat, er auch nicht besonders geeignet ist, eine depressive Veranlagung manifest werden zu lassen, sondern der konstitutionelle Boden, auf dem die reaktiven Depressionen erwachsen, kein einheitlicher ist." Den Schluß bilden drei Krankengeschichten.

Gierlichs (48) Soldat hatte schon früher an Depressionszuständen gelitten erkrankte dann in Haft wegen einer wohl in krankhaftem Zustande verübten



unerlaubten Entfernung von der Truppe an einem Erregungszustand mit der Wahnidee, zusammen mit dem Kaiser zur Friedensvermittlung auserwählt zu sein. Nach Ablauf der Erregung schwanden auch diese Ideen wieder. Es trat auch Krankheitseinsicht ein.

b) Dementia praecox.

Bleuler und *Maier* (14) weisen darauf hin, daß bisher in der Literatur nur wenige Fälle publiziert sind, an denen das Eindringen in die psychogene Komponente der schizophrenen Krankheitserscheinungen gezeigt werden konnte. Der Negativismus der Kranken ist dabei ein Haupthindernis. Es wird nun hier eine ausführliche Krankengeschichte gebracht, wo der Kranke ganz spontan über die Zusammenhänge der objektiv festgestellten Symptome mit seinen äußeren und inneren Erlebnissen Auskunft gibt. Er schildert einen Teil des seelischen Aufbaues seiner Symptome, wie er sich während vieler Jahre im Latenzstadium der Krankheit langsam geformt hat. Die Krankengeschichte muß im Original nachgelesen werden; sie ist jedenfalls von großem Interesse für die Psychologie der Schizophrenie. In einem kurzen Anhang gibt dann *M.* die Psychoanalyse eines Zwangsneurotikers und sieht in beiden Fällen den Beweis erbracht, daß die Psychologie des schizophrenen Symptoms häufig durchaus der klaren Verarbeitung des Neurotikers oder des Gesunden gleicht.

Bolten (18) weist darauf hin, daß die Bestimmung der Blutantitrypsine unter Umständen die Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Dementia praecox, zwischen dieser letzteren und dem manisch-depressiven Irresein bestimmen kann.

Hoppe (60) warnt unter Beibringung eines Obergutachtens davor, zu rigoros vorzugehen bei der Beurteilung des ätiologischen Zusammenhangs zwischen Psychose und Kriegsdienst. In der Psychiatrie ist noch recht vieles dunkel, namentlich auch der Begriff der Veranlagung.

Hinrichsen (57) geht davon aus, daß Demenz als allgemeine oder defekte Demenz (organische Demenz) sich in Gegensatz stellen läßt zu aktuell psychotischen Störungen. Auch bei Schizophrenen kommt es nicht zu einer schizophrenen, sondern zu einer Defektdemenz, zu einer Reduktion der seelischen Leistungsfähigkeit im ganzen. Eine scharfe Trennung von organischer und schizophrener Demenz ist unmöglich. Defektdemenz macht psychisch reaktive bzw. psychogene Störungen unmöglich, bzw. führt zu ihrer Heilung. — Auch der Demente kann noch psychotisch sein, aber wo eine Demenz sich ausbildet, schwinden die seelisch aktuellen Störungen. So kann es zu einer praktischen Heilung und Demenz kommen, bzw. schützt Demenz vor aktueller seelischer Erkrankung. Der Schizophrene ist erhöht psychisch reaktiv empfindlich oder ist dement, reaktiv unempfindlich geworden; je nachdem sind Emotionen bei ihm noch bedeutsam oder nicht mehr bedeutsam für sein Gesundheitsschicksal. — Psychose ist einfacher seelischer Zusammenbruch oder aber in den psychotischen Erscheinungen kommt ein Selbsterhaltungsbestreben des Organismus noch zum Ausdruck; Störungen schließen ein zweckdienliches Moment ein. Auch Demenz, zu der es nicht unmittelbar vom Prozeß aus kommt, läßt sich als ein Mittel auffassen, das der Organismus anwendet



um sich gegen vollständige Aufreibung durch seelische Erregung zu schützen. Es ist zwischen zuständlicher (somatisch bedingter) und seelischer, bzw. seelisch aktueller, nur dort, wo noch keine entschiedene Demenz besteht, möglicher Erregung zu unterscheiden.

Die Frage, ob wir bei der Dementia praecox eine funktionelle oder organische Psychose vor uns haben, ist zu einfach gestellt. Es hängt von der Stärke des Grundprozesses und der Toleranz des betreffenden psycho-zerebralen Systems ab, ob wir mehr funktionelle oder mehr organische Störungen erhalten. Der Krankheitsbegriff läßt sich so umgrenzen, daß wir einen endogenen Verblödungsprozeß vor uns haben. Es fragt sich nur, ob eine derartige Umgrenzung, bei welcher wir auch die schweren und in jedem Sinne unheilbaren Fälle abstellen, berechtigt ist und in bezug auf die Erkennung der Eigenart dieser Krankheit fördert. Gibt man die Existenz reaktiver Phasen bzw. Syndrome bei der Dementia praecox nach *Bleuler* und *Jaspers* Vorgang einmal zu, so ist auch nicht mehr die Bedeutung des Reaktiv-Produktiven für das Ganze zu leugnen, welche stets um so größer sein muß, je weniger der Grundprozeß von vornherein Demenz bewirkt bzw. die seelische Eigenart schädigt.

Hübner (60a) berichtet über einige Fälle von Dementia praecox, an denen er vor Jahren Versuche mit Antithyreodin mit vorübergehendem Erfolg gemacht hat. Der Erfolg war im wesentlichen eine Steigerung oder Neigung zum Bewegen und Sprechen. Eine spezifische Wirkung der Medikamente liegt wohl nicht vor, allenfalls ein chemischer Eingriff in den Stoffwechsel.

Pilcz (87) berichtet über einen Fall von Dementia praecox, dem er in Beginn der Erkrankung Antithyreoidin, kombiniert mit Ovariales und Ars. ferr. gegeben. Er ist jetzt seit $^3/_4$ Jahren geheilt. Ob auf die Dauer? Er fordert zu ähnlichen Versuchen auf.

Prengowski (91) will durch Termophor- und Schwitzbehandlung bei einer ganzen Reihe von Dementia praecox-Fällen relativ große Erfolge erzielt haben.

Frl. *Rähmi* (92) berichtet hier über die Krankenbewegung der Anstalt Burghölzli nach den verschiedensten Gesichtspunkten. Von Interesse ist für uns der Nachweis, daß die Behandlungsdauer bei den Dementia praecox-Kranken von 278 Tagen im Jahrfünft 1876/80 und im Jahrfünft 1901/05 mit 229 Tagen, im Jahrfünft 1911/15 auf 184 Tage gesunken ist. — Möglichst frühe Entlassung der Schizophrenen ist ein großer Gewinn, für sie selbst und für die Anstalt.

Rothmann (104) berichtet hier nur kurz und vorläufig über Untersuchungen, die erst später, nach dem Kriege, zu Ende gebracht werden können. „Aus der Literatur und auf Grund eigener Versuche wird dargelegt, daß es bisher nicht mit Sicherheit gelungen ist, im Blutplasma sowohl der Dementia praecox-Kranken wie der Geistesgesunden Adrenalin nachzuweisen. 2. Die über die pressorische Wirkung des Adrenalins am Menschen — geisteskranken wie geistesgesunden — vorliegenden Arbeiten werden kritisch geprüft, und es wird eine exakte Methode für derartige Untersuchungen angegeben. 3. Die über eine neue spezifische Wirkung des Schilddrüsenhormons gewonnenen Erfahrungen werden besprochen, und es wird ausgeführt, wie sie für die Erforschung der Beziehungen zwischen Schild-

drüsensekretion und Geisteskrankheiten (speziell der Dementia praecox) nutzbar gemacht werden können."

Schilders (108) Werk enthält außer zur Frage der Halluzinationen — Völkerpsychologie und Psychiatrie, Über Futurismus —, auch ein Kapitel über Wirklichkeitsanpassung und Schizophrenie im Anschluß an eine sehr interessante Krankengeschichte. Die Arbeit, deren Lektüre niemanden reuen wird, eignet sich nicht zu einem kurzen Referat.

Schneider (110) hält nicht für ausgeschlossen, daß die Zunahme der Schizophrenie während des Krieges eine nur scheinbare ist, doch kann man sich mitunter des Gedankens nicht erwehren, daß der Kriegsdienst als solcher die Psychose ausgelöst oder gar verursacht hat. Bei den meisten Fällen kann man nur von einem Auslösen der Krankheit sprechen; anders aber liegen die Verhältnisse, wenn schizophrene Psychosen akut an ein affektives Erlebnis im Felde anschließen. *Sch.* hat unter 36 Fällen 3 gefunden, die ganz akut nach Verschüttungen als Kriegspsychosen begonnen haben. Die Fälle werden kurz beschrieben. Vorher keine nachweisbare Erkrankung. In allen Fällen begann die Psychose akut im Anschluß an ein schreckhaftes Erlebnis. Hier wurde also durch das psychische Trauma reaktiv eine Psychose vom Typus der Schizophrenie ausgelöst. Die Fälle von *Sch.* tragen durchaus nicht den Charakter der Schizophrenia reactiva *Bornstein*, sie sind gewöhnliche Schizophrenien. Dem Schrecken als solchen, dem affektiven Schock, wohnt die krankmachende bzw. auslösende Ursache inne. — Es folgen dann noch zwei interessante Krankengeschichten, wo chronische Psychosen sich an einen Schreck angeschlossen haben.

Sch. weist darauf hin, daß man selbst bei vorsichtigem Vorgehen vielleicht doch öfter, als man gemeinhin annimmt, von einer Auslösung, wenn man will, auch Verursachung schizophrener Prozesse durch affektive Fronterlebnisse sprechen muß. Das muß auch Geltung haben bei der Untersuchung auf Kriegsdienstbeschädigung.

Schwab (113) bringt die Selbstschilderung eines schwerkranken Schizophrenne mit Halluzinationen und interessanten krankhaften Erlebnissen. Genesung war noch nicht völlig eingetreten.

Vorkastner beschäftigt sich (132) ausführlich mit Krankheitszuständen der Dementia praecox-Gruppe, bei denen im Vorleben oder während der Geisteskrankheit epileptiforme Anfälle beobachtet wurden, soweit solche in der Literatur gefunden werden, und die er selbst beobachtet hat. Er hat freilich unter 217 Fällen von Dementia praecox aus den Jahren 1909—1914 der Greifswalder Klinik — es handelt sich dabei um 142 Frauenkrankengeschichten und 79 Männerkrankengeschichten — eigentlich nur 2 Fälle gefunden, in welchen nach seiner Meinung die strengen Anforderungen an symptomatische Anfälle als annähernd erfüllt nachweisbar waren. Auch unter Hinzurechnung von weiteren zum Teil recht unsicheren Krampf-, Ohnmachts- und Schwindelanfällen der ausgebildeten Psychose erreicht *V.* nur einen Prozentsatz von 4,6.

V. kommt daher zu folgenden Ergebnissen: Er fand, wie bereits gesagt, in seinem Material nur wenige Fälle mit Schwindel-, Ohnmachts- und epilepti-



formen Anfällen, die den an symptomatische Anfälle zu stellenden Anforderungen genügten. Es gibt Fälle, die nach dem heutigen Stand unseres Wissens als Kombination von Epilepsie und Dementia praecox zu deuten sind. In V.s Material fand sich häufig in den Vorgeschichten die Angabe, daß die Pat. von jeher stille, zurückhaltende, für sich allein bleibende Persönlichkeiten gewesen sind. Auch in Fällen, in denen solche oder andersartige Verdachtsmomente auf Frühformen vorlagen, konnten Schwindel-, Ohnmachts- und epileptische Anfälle, die vor der ausgesprochenen Psychose auftraten, mit größerer Wahrscheinlichkeit auf eine selbständig bestehende Epilepsie zurückgeführt werden. Immerhin ist solchen Fällen weitere Beachtung zu schenken. Für Kombination sprach auch der häufige Vorhergang von migräneartigen Anfällen in einer Reihe von Fällen. In einer Reihe von Fällen wurde der symptomatische Charakter der Anfälle u. a. durch das Vorhandensein leichter epileptischer Antezedentien in der Vorgeschichte in Frage gestellt. Die Annahme symptomatischer Anfälle ohne genaue diesbezügliche Durchforschung der Vorgeschichte erscheint nicht zulässig. Das Vorkommen einer epileptischen Paranoia (abgesehen von Residualwahn) erscheint *V.* nach Maßgabe des von ihm durchgesehenen Literaturmaterials nicht erwiesen. Die Fälle von Epilepsie und Verrücktheit umfassen Verschiedenartiges.

Weichbrodt (138) bringt zwei interessante Fälle von Dementia paranoides bei Kindern, beginnend bereits im zehnten Lebensjahre. Das eine Kind war geistig zurückgeblieben, das andere nicht.

c) Paranoia.

Gutsch (52) bespricht und analysiert hier einen Krankheitsfall, welchen auch *Kraepelin* verwertet hat, ausführlich im Sinne *Kraepelins*. Der jetzt 73jährige Kranke leidet seit etwa 40 Jahren an echter Paranoia, hält sich für Königssohn, Weltmonarch, hat sich eine kleine Gemeinde gesammelt, schreibt an einem zentnerschweren Werk. Dabei versieht er sein Gewerbe als Schuhmacher noch weiter.

Kretschmer (65) bezweckt, einen Beitrag zur Paranoia-Frage und zur psychiatrischen Charakterlehre zu geben. Der sensitive Beziehungswahn ist eine wohlcharakterisierte Krankheitsform. Es handelt sich dabei um erblich Belastete, der Wahn ist „gesetzmäßig durch den sensitiven, vorwiegend asthenischen Charakter bedingt, bei dem sich Gemütsweichheit, Empfindlichkeit und Eigensinn zusammenfinden." Der sensitive Beziehungswahn entsteht „durch die Kumulativwirkung typischer Erlebnisse auf typische Charakteranlagen, häufig unter Mitwirkung typischer sozialer Konstellationen". „Wenn diese drei psychologischen Faktoren eine krankhafte Verhaltung herbeigeführt haben, so wirkt der biologische Faktor der Erschöpfung beim Zustandekommen der Krankheit wesentlich mit." — Symptome des sens. Beziehungswahns sind: „1. Vorstellungen und Affektlage sind während der Blütezeit der Krankheit fest um das pathogene Erlebnis zentriert. 2. Die Symptome stellen eine gesteigerte Auswirkung der Eigenschaften des sensitiven Charakters dar. 3. Das Krankheitsbild ist häufig mit neurasthenischen Erschöpfungssymptomen durchfärbt." Prognose nicht ungünstig.



Wigert (143) beschäftigt sich hier unter Beibringung von 12 Krankengeschichten mit der ganzen Paranoia-Frage.

d) Sonstiges.

Bertschinger (7) gibt hier eine ausführliche Beschreibung und Analyse eines Krankheitsfalles, bei dem alle für den Korsakowschen Komplex charakteristischen Symptome in selten schöner Ausprägung vorhanden waren, so daß sie, wie er sagt, zum Versuch einer psychologischen Erklärung geradezu herausforderte. Es handelt sich um einen Korsakow nach schwerem Trauma mit späterem Ausgang in Demenz und Epilepsie. *B.* will den Beweis bringen, „daß die meisten der bei Kommotionspsychosen unter verschiedenen, mehr oder weniger treffenden Bezeichungen bekannten, einzelnen Ausfallserscheinungen, die bald als Teilsymptome der Bewußtseinsstörung (*Schroeder*), bald als Störungen der Auffassung, der Merkfähigkeit, des Denkens überhaupt aufgefaßt werden, am zwanglosesten und einheitlichsten von seiten der Aufmerksamkeit aus beschrieben werden können und sich unter der verhältnismäßig einfachen Annahme einer, in schweren Fällen sozusagen „fleckförmigen" Einschränkung des Blickfeldes und Erschwerung der Lenkbarkeit der Aufmerksamkeit am ehesten verstehen lassen".

„Diese Störung der Aufmerksamkeit beruht bei traumatischem Korsakow wohl hauptsächlich in einer ganz allgemeinen und bedeutenden Herabsetzung der Assoziationsfähigkeit, die aber bei organisch Kranken nicht affektiv, komplexiv bedingt, keine Assoziationsfeindschaft" (*Bleuler*) ist, sondern auf einer Erschwerung der Ansprechbarkeit und Herabsetzung der Funktionsfähigkeit der Assoziations- und wohl auch der Sinnesfelder beruht, d. h. „auf einer durch das Trauma bedingten Hypofunktion der gesamten oder fast der gesamten Hirnrinde, eine Annahme, die sich in den bekannten pathologisch-anatomischen Befunden nach Commotio cerebri sehr wohl vereinigen läßt."

Bunse (22) weist darauf hin, daß es sich bei den jetzt beim Feldheer beobachteten geistigen Erkrankungen unerwartet häufig um kurzdauernde Seelenstörungen in der Form verschiedenartiger Dämmerzustände handelt, denen die Erregungsausbrüche der Psychopathen und pathologische Rauschzustände nahestehen. — Diese Krankheiten, für die er hier einige 30 Fälle beibringt, bedürfen des vorbereiteten Bodens einer krankheitsreifen Psyche, und als unmittelbar auslösende Veranlassung eines Emotionsschockes. Der vorbereitete Boden ist nicht gegeben durch eine endogen nervöse oder allgemeine psychopathische Veranlagung. In Ausnahmefällen kann dieser vorbereitete Boden durch die seelischen Strapazen der Kriegserlebnisse auch bei bisher nervengesunden Menschen geschaffen werden, wodurch die Restitutionskraft des Gehirns vorübergehend herabgesetzt wird.

Die Mehrzahl der hier in Betracht kommenden akuten transitorischen Bewußtseinsstörungen stellt sich dar als Reaktion auf einen auslösenden Emotionsschock. Als solcher kann jedes beliebige stark affektbetonte Erlebnis wirken. Weder dem Granatschreck noch anderen besonders häufigen akuten Kriegsschädigungen kommt die Fähigkeit zu, besondere und kennzeichnend verlaufende Krankheitsbilder auszulösen. Jede Form des Affektschocks kann jede Form dieser reaktiven



Seelenstörungen zur Folge haben. — Die Erschöpfung allein macht nicht psychisch krank. Andererseits ist auch die Erkrankung einer vorher völlig intakten Psyche infolge eines einmaligen Schocks ausgeschlossen.

Eine einheitliche Kriegspsychose gibt es nicht. Die Bezeichnung „Kriegspsychosen" kommt jedoch dieser reaktiven Erkrankungsform in besonderem Maße zu, weil ihrer Entstehung durch die seelischen Erschütterungen des Krieges ein besonderer Vorschub geleistet wird. Sie kommen unter den heutigen Verhältnissen auffallend häufig auch bei leichtem Grade der endogenen Nervenschwäche vor. Bei ihrer Entstehung treten die exogenen Einwirkungen oft stark in den Vordergrund, können selbst die Bedeutung wirklicher alleiniger Krankheitsursache gewinnen. Diese Zustände dürfen als hysterisch nur mit der Einschränkung bezeichnet werden, daß man unter Hysterie keine Krankheitseinheit, sondern lediglich eine eigentümliche Reaktionsform auf äußere Schädigungen versteht.

Die Beziehungen dieser reaktiven Seelenstörungen zu den Neurosen des Krieges sind sehr nahe. Von den eigentlichen schweren und unheilbaren Psychosen sind sie scharf zu trennen. Ein merklicher Einfluß der Kriegsstrapazen auf diese schweren Formen ist nicht festzustellen.

Christoffels Versuche (26) mit Dial-Ciba — einem Derivat der Barbitursäure und nahem Verwandten des Veronals — bei Erregungszuständen von Dementia senilis, Schizophrenie, manisch-depressivem Irresein usw. regen jedenfalls zu weiteren Versuchen an. Bei zwei Dritteln seiner 86 Verabreichungen trat der Schlaf prompt und ergiebig auf. Ausnahmsweise trat nach Gebrauch des Mittels ein rauschartiger Zustand auf mit Koordinationsstörungen und läppischer Euphorie (Dialcibismus), von dem *Ch.* glaubt, daß er nicht Kumulationswirkung ist, sondern auf einer temporär und individuell verschiedenen Reaktionsart beruht.

del Greco (28) geht aus von der Lehre *Dubois'*, der somatogene und psychogene Störungen trennt und als Grundlage der psychogenen Störungen falsche Werturteile und als ihre rationelle Therapie die vorsichtige und schrittweise Korrektur der falschen Werturteile sucht. *del Greco* sieht in den Kriegsneurosen eine volle Bestätigung der Lehren *Dubois'*, er sieht als wesentliches Merkmal der Kriegsneurosen die psychische Haltlosigkeit und das Vorhandensein und Bleiben einer „emotiven Anaphylaxie". Die Therapie will er ausgehend von der rationellen Therapie *Dubois'* ausbauen zu einer erweiterten „sozialen und moralischen Therapie" für allerlei degenerativ psychopathische Zustände. *Sioli.*

Donaths (34) Kranker stammt von einer übertrieben ordnungsliebenden, pedantischen und egoistischen Mutter. Er hat seit Jahren die Zwangsvorstellung, daß er die Einrichtungsgegenstände im Zimmer, von einem bestimmten Punkte ausgehend, zählen muß. Die einzelnen Gegenstände werden dabei in Gedanken mit Kreisbogenlinien verbunden. Dann folgen im einzelnen die übrigen Wohnungsräumlichkeiten und dann müssen dieselben wieder summarisch in höhere Gruppen zusammengefaßt werden. Auch beim Schreiben eines Briefes oder einer Postkarte, beim Abfassen eines Aktenstückes, muß nach allseitiger Erwägung des Themas eine zahlenmäßige Ordnung der zu behandelnden Gegenstände vorangehen. Dasselbe gilt morgens beim Waschen für die Reihenfolge der Körperteile, auch zählt

Pat. sämtliche Taschen an sich. Wird er irgendwie gestört, so muß er von vorne anfangen. Zwangsgedanken, die sich während der Arbeit einstellen, muß er Folge leisten. Von einem Fixieren gewohnter, etwa durch die Beschäftigung bedingter Vorstellungen, kann in diesem Fall keine Rede sein, denn gerade für Mathematik hatte er in der Schule nicht die geringsten Fähigkeiten bekundet. „Was den psychischen Mechanismus dieses Zwangszählens anlangt, so scheint bei dem jungen Manne die Ordnungssucht und Pedanterie der Mutter von ausschlaggebender Bedeutung gewesen zu sein. Für seine Handlungen suchte er offenbar die Exaktheit des zahlenmäßigen Ausdruckes und war nur durch diesen befriedigt, obgleich er gerade für Mathematik keine Begabung zeigt. Zu diesem Anankasmus wurde durch eine neuropsychopathische Belastung die Grundlage gegeben. — Eine emotive Grundlage konnte in diesem Falle nicht nachgewiesen werden, doch rief die Hemmung des gewohnten Denkmechanismus starke Unlust hervor.

Ewald (38) legt seinen Ausführungen 15 Krankengeschichten der verschiedensten Art zugrunde: Delir nach Pneumonie, Typhuspsychose, Psychose im Anschluß an Psychonephritis post partum, Psychose nach akuter Nephritis in lactatione, Strangulationsdämmerzustand, postoperative Psychose (2 Fälle), Angststupor nach Abort, Psychose bei Herzfehlern, Angstmelancholie bei Nephritis, affektlabiler Zustand bei Tuberkulose, depressiver Zustand nach Erysipel bei Pseudoleukämie, Psychose bei Chorea minor, deliranter Zustand bei Tuberkulose, deliranter Zustand nach Pituglandoldarreichung.

Auf Grund der Eigenart der Wirkungsweise echt toxischer Schädigungen auf das Gehirn sind die Psychosen im Anschluß an echt toxische Noxen vom pathologisch-physiologischen Gesichtspunkt aus zu einer geschlossenen Einheit zusammenzufassen. Echt toxische Schädigungen sind: die bakteriellen Ekto- und Endotoxine, bei Eiweißzerfall entstehende giftige Substanzen, vielleicht auch toxische Substanzen von Geschwulstzellen und chemisch definierte Gifte. Ausgeschlossen sind alle Schädigungen auf Grund pathologischer Funktion der Drüsen mit innerer Sekretion, auch alle Generationspsychosen, soweit sie nicht Folgen echt toxischer Prozesse sind. Auch symptomatologisch gehören die Psychosen infolge echt toxischer Schädigungen zusammen. Allen gemeinsam ist ein frühzeitiges Auftreten einer Bewußtseinstrübung. Entsprechend der Eigenart der Reaktionsweise des Gehirns entstehen im Beginn der Psychose häufig manisch oder depressiv gefärbte Zustandsbilder mit den ersten Zeichen der Bewußtseinstrübung, wie erschwerte Auffassung, Merkfähigkeits- und Aufmerksamkeitsstörungen, Herabsetzung der Produktivität, rasche Ermüdbarkeit. Bei stärkerer Schädigung des Gehirns trifft man die von *Bonhoeffer* aufgestellten Prädilektionstypen. Dahin gehören Delirien, Dämmerzustände, epileptiforme Erregungen, Stuporzustände, Amentiabilder, die unter mehr halluzinatorischer, psychomotorischer oder unter mehr sprachlich verworrener, psychomotorischer Erregung verlaufen. Bei subakut oder chronisch einwirkenden Schädigungen bleibt es oft bei den leichten Symptomen, bei manisch-depressiven Zustandsbildern mit den Zeichen leichten Ergriffenseins der Klarheit des Bewußtseins. Vielleicht besteht auch noch ein weitgehender Unterschied zwischen Psychosen im Anschluß an akute oder chronische toxische Schädigungen,



insofern als unter dem Einflusse der chronischen Schädigung das Gehirn seine Reaktionsweise auf dieselbe abgeändert haben kann, worauf das Auftreten homonomer Zustandsbilder bei chronischem Alkoholismus, bei Paralyse und Tabes hinweist (Eifersuchtswahn, manisch oder depressive Attacken bei Paralyse, Tabesparanoia). Welche Art der verschiedenen Reaktionsformen in Erscheinung tritt, ist von mehreren Faktoren abhängig, vor allem von der Veranlagung des einzelnen Individuums. Hierfür spricht das oft zu beobachtende wiederholte Auftreten des gleichen Psychosetypus auf verschiedenartige toxische Schädigungen bei demselben Individuum. Gewisse Gifte und Toxine geben den Psychosearten ein besonderes Gepräge. Alkohol und Tuberkelbazillengift scheinen eine besondere Affinität zu den das Affektleben vermittelnden Hirnsubstanzen oder Hirnzentren zu haben. Typhus scheint eine besondere Neigung zu manisch gefärbten Psychosetypen zu haben. Es ist wohl möglich, daß die Zukunft bezüglich der Färbung und des Verlaufes der einzelnen Psychosetypen, auch bezüglich der Häufigkeit des Auftretens einer Psychose nach bestimmten Noxen, *Kraepelins* Erwartungen entsprechend, unsere Erfahrungen bereichern wird. Die Zusammengehörigkeit der *Bonhoeffer*schen Produktionstypen und der symptomatischen, echt toxischen Psychosen überhaupt, wird dadurch aber nicht berührt. Die Intensität der Gifteinwirkung wird auch nicht ohne Bedeutung sein. Bezüglich des Unterschieds der mehr psychoneurotischen und echt psychotischen Erscheinungsformen dürfte dies zweifelhaft sein. Wie weit die Giftintensität bei Entstehung der echt psychotischen Bilder noch eine Rolle spielt, bleibt dahingestellt.

Eine manische oder melancholische Erkrankung kann niemals als eine neurosymptomatische Störung aufgefaßt werden. Faßt man die manisch-depressive Erkrankung als eine Art endokriner Vergiftung auf, so ist daran festzuhalten, daß nicht nur ein quantitativer, sondern ein qualitativer Unterschied zwischen der endokrinen und der echt toxischen Vergiftung besteht. Tritt trotzdem eine echte manische oder eine echte melancholische Erkrankung im Gefolge einer echt toxi-Schädigung auf, so ist diese Erkrankung, auf konstitutioneller Veranlagung beruhend, als nur ausgelöst durch die toxische Schädigung zu erachten. Freilich lassen sich rein symptomatisch die manische oder depressive Psychose bei echt toxischer Schädigung häufig nicht trennen von einer leichten manischen oder leichten melancholischen Erkrankung. Das gleiche gilt von der Differentialdiagnose zwischen verworrener Manie, Motilitätspsychose, katatonischer Erregung und Amentia. In beiden Fällen wird der Nachweis einer mehr oder minder starken Bewußtseinstrübung noch am ehesten zu einem Entscheid verhelfen können.

„Ich halte das Bestreben für wertvoll, die ätiologisch und pathologisch-physiologisch offenbar eng zusammengehörenden Psychosen im Gefolge echt toxischer Schädigungen möglichst scharf von anderen Psychosen zu trennen.“

Friedländer (43) bemängelt mit Recht das Fehlen der medizinischen Psychologie in dem Lehrplan der Hochschulen, obwohl es in den letzten Jahrzehnten an Aufforderung dazu und an Anregung zur Psychotherapie nicht gefehlt hat. Eine sachgemäße Hypnose kann keinen Schaden stiften, natürlich muß der Hypnotiseur selbst daran glauben. Nur dieser Glaube in Verbindung mit der Beherr-



schung der Technik und der Kunst, die für die hypnotische Behandlung geeigneten Kranken auszuwählen, schützt vor Mißerfolgen. Bei den Kriegsneurosen wirken alle Behandlungsarten in erster Linie durch Suggestion. *Fr.* geht näher auf die Überrumpelungsmethode und die Hypnose ein und belegt seine Ausführungen durch zahlreiche Beispiele aus seiner Friedens- und Kriegspraxis. Er faßt seine Erfahrungen in folgenden Richtlinien zusammen: Die hypnotische Behandlung eignet sich für alle Fälle, bei denen ein gewisses Maß von gutem Willen, Subordination und Konzentrationsfähigkeit vorausgesetzt oder durch Autorität, Anweisung und Übung herbeigeführt werden kann. Sie vermag mehr als andere Methoden dann zu leisten, wenn eine Abreak ion in Frage kommt. Von einem erfahrenen Hypnotiseur angewendet, erweist sie sich brauchbar zu Bekämpfung von allgemeinen nervösen Zuständen, welche durch die elektrische Suggestivmethode kaum beeinflußt werden können. Sie wirkt nicht willenschwächend, sondern muß im Gegenteil so geübt werden, daß sie den Willen stärkt, indem man mit ihrer Hilfe die Aus- oder Einschaltung von Hemmungen, die Anspannung der Aufmerksamkeit, die Beherrschung usw. lehrt.

Die *Kaufmann*sche Methode eignet sich für alle Kriegsneurosen in engerem Sinne. Sie hat großen Nutzen gestiftet. Die Anwendung schmerzhafter Ströme ist zur Erzielung von Heilerfolgen im allgemeinen entbehrlich. Je stärker der Wille des Arztes, je eindringlicher und überzeugender seine Suggestionen, mit desto schwächeren Strichen wird er auskommen.

Die Überredungsmethode, die Willenstherapie in engerem Sinne, ist gleichfalls eine Suggestivbehandlung. Sie stellt an sich die ideale Methode dar. Sie verlangt besondere psychologische Erfahrung und dialektische Gewandtheit; sie setzt bei den Kranken nicht nur den Willen zur Gesundheit, sondern auch eine bestimmte Lebenserfahrung, eine gewisse geistige Schulung voraus; sie verlangt vom Arzt mehr noch als jede andere Behandlung eine gewisse geistige Überlegenheit und ein weitgehendes Vertrauen des Kranken zum Arzte. Alle diese Voraussetzungen schränken ihre Anwendungsweise ein.

Gutzeit (53) hat in einem Kriegslazarett im Osten unter den Desinfektoren in Entlausungsanstalten 12 Fälle von Psychosen beobachtet, wie er annimmt infolge von kalorischen Schädigungen. Er unterscheidet darunter drei Formen, die einfache neurasthenische, die depressive und die stupurös-heboide Form. Bei der Hälfte der Fälle handelte es sich um die depressive Form. Die Prognose für die beiden ersten Formen war günstig. Über die Prognose der dritten Form kann *G.* sich nicht äußern, da die beiden in Betracht kommenden Fälle vor Genesung anderswohin übergeführt wurden.

Krüger (69) gibt einen Fall von Amentia im Gefolge von Pneumonie zum Beweise für die Dehnbarkeit des Begriffes der Amentia, resp. die oft recht mißbräuchliche Anwendung der Bezeichnung.

Müller (78) sah bei 10 % seiner Typhus-Kranken in der Rekonvaleszenz Wahnideen, Größen- und Verfolgungsideen, offenbar herübergenommen aus den febrilen Typhusdelirien. Durch Krieg und Soldatenleben hatten diese Wahnvorstellungen eine eigenartige Färbung. Die Betreffenden berichteten u. a. von Orden und Auszeichnungen, die sie überhaupt nicht erhalten hatten.



Notkin (81) teilt 4 Fälle mit, 2 Schizophrenien, 1 Psychopathie mit zyklothymischen Bewertungen und 1 Psychopathie mit submanischem Temperament. Rascher Verlauf und Heilung. Die Krankengeschichten sind nicht beweisend dafür, daß es sich wirklich um Manien und Schizophrenien handelt und nicht nur um symptomatische Psychosen.

Prengowski (91a). Bei einem 31jähr., verheirateten, zum zweiten Male psychisch erkrankten Manne B. wurden festgestellt: 1. Erscheinungen des manisch-depressiven Irreseins — Erregungszustände mit Zeichen rein maniakalischer Erregungen, gehobener Stimmung, Euphorie, motorischer Unruhe, Tatendrang, leichter Ideenflucht mit Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit usw. —, nicht selten wechselte die Stimmung und entstand lebhafte Depression; 2. Gehörshalluzinationen unangenehmen Inhalts („Du sollst erschossen werden", „Dummkopf", „Schwein" usw.) sowie einen Größenwahn (B. soll König Polens werden), welcher auch bei Depressionen vorhanden war; 3. eine weder durch die Ideenflucht noch durch Halluzinationen hervorgerufene Desorientierung in bezug auf Ort, Personen, eigene Lage; 4. von Zeit zu Zeit plötzlich auftretende, mehrere Stunden andauernde Lucida-Intervalle.

B. wurde nach 7 Monaten gesund. Die im Beginne der Erkrankung vorgenommene Untersuchung des Blutes sowie der zerebrospinalen Flüssigkeit ergab: Wassermann sowie die Modifikation Kromayer-Trinchese völlig negativ.

(Selbstbericht.)

Riese (99) berichtet über einen amnestischen Symptomenkomplex infolge von Granateinschlag in einen Unterstand. Es bestand Bewußtlosigkeit, dann vollständige örtliche und zeitliche Desorientiertheit, später völlige antero- und retrograde Amnesie. Schwere Beeinträchtigung der Merkfähigkeit.

Riese (100) ist natürlich auch der Ansicht, daß es eine eigentliche Influenzapsychose mit scharf umschriebener symptomatologischer Ausprägung, mit bestimmtem Verlauf und Ausgang und allen sonstigen Eigentümlichkeiten einer selbständigen Psychose nicht gibt und der Name Influenzapsychose daher nur ätiologische Bedeutung beanspruchen kann. Die im Anschluß an Influenza auftretenden Psychosen bieten nichts Spezifisches. Im Vordergrund der eigentlichen Influenzapsychosen stehen depressive Krankheitsbilder mit vorzugsweise hypochondrischer Färbung, resp. der depressive Wahnsinn *Kraepelins*. *R.* bringt dann fünf ausführliche Krankheitsbilder verschiedener Typen.

Das kritische Referat *Schneiders* (111) über die Lehre vom Zwangsdenken umfaßt die Zeit 1906—1918 und ist gleichsam eine Fortsetzung des Referates von *Bumke* und *Rosenfeld* auf der 36. Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte in Karlsruhe im Jahre 1906. Auf die ausführliche und wohl lückenlose Darstellung braucht an dieser Stelle nicht näher eingegangen zu werden. In betreff der funktionellen Psychosen kommt *Sch.* zu dem Schluß, daß eine scharfe Scheidung zwischen der Zwangsvorstellungskrankheit im Sinne der Zwangsneurose und den Manisch-depressiven nicht mehr verlangt werden dürfte.

Bei den schizophrenen Erkrankungen scheinen echte Zwangsvorgänge selten zu sein, doch kann *Sch.* eine ganze Reihe aus der Literatur hier anführen.



Schröder (112) zeigt an sieben Krankengeschichten, was alles an periodischen Psychosen vorkommen kann und wie schwierig es oft ist, derartige Fälle zu deuten. Ein Teil der selteneren, früher als selbständige Erkrankungen beschriebenen periodischen Psychosen, namentlich die sogenannte periodische Paranoia und Amentia, läßt sich an bekannte große Krankheitsgruppen (manisch-depressives Irresein, Dementia praecox, Epilepsie) angliedern und stellt in seinen Verlaufsabschnitten nur symptomatisch ungewöhnliche Spielarten dieser Krankheiten dar. Eine Angliederung ist aber nicht in allen Fällen möglich. Gewisse in ihren Symptomen katatonisch aussehende akute Krankheitsfälle von periodischem Verlauf und von jedesmal kurzer Dauer haben wahrscheinlich besondere Bedeutung und gehören nicht zur Dementia praecox. Manche ungewöhnliche Fälle von sich wiederholenden Geistesstörungen gehören zum degenerativen Irresein in weiterem Sinne. Andere periodisch auftretende Erkrankungen mit allerlei organischen Zügen legen es nahe, an hydrozephale Schwankungen, bzw. an Hirnschwellungen zu denken. Auch die Verwandtschaft mit der Migräne kommt in Betracht.

Vischer (131) bezeichnet als Stacheldrahtkrankheit den Seelenzustand, den er bei den meisten von ihm beobachteten Kriegsgefangenen mehr oder weniger ausgeprägt gefunden hat. Dieser Zustand ist charakterisiert durch „erhöhte Reizbarkeit, Konzentrationsschwäche, Gedächtnisabnahme, eine eigenartige, von den Franzosen als cafard bezeichnete Niedergeschlagenheit, sexuelle Impotenz, wilde Träume, Apathie, Mißtrauen, unter Umständen grenzenloser Egoismus, ein zunehmender Autismus, der zuweilen in einem grenzenlosen Haß gegenüber den Mitgefangenen sich kundgibt und häufig in einer vollkommenen Apathie endet“. Die landschaftliche Lage des Gefangenenlagers oder die Art der Behandlung der Gefangenen scheint ohne Einfluß auf die Entstehung der Erkrankung zu sein.

Zahn (146) will die innigen Beziehungen der Zwangsvorstellungen zum manisch-depressiven Irresein behandeln und bringt hier aus seinem, wie er sagt, umfangreichen Material zum Teil sehr interessante Fälle von Zwangsvorstellungen, denen ausgesprochen manisch-depressive Zustände vorausgingen. Die Zahl der konstitutionellen Psychopathen, bei welchen Zwangsvorstellungen in die Erscheinung traten, ist nach Z. äußerst gering. Bei seinen Kranken waren die Zwangsvorstellungen immer von einem Angstaffekt begleitet, der sich meist steigerte, um dann, wenn Pat. dem Zwange nachgab, langsam abzuklingen. Das manisch-depressive Irresein ist demnach ein besonders günstiger Boden für die Entstehung von Zwangsvorstellungen. Die Zwangsvorstellung ist keine unbedingte Folgeerscheinung des manisch-depressiven Irreseins, ein ganz bestimmtes Agens ist die Voraussetzung der Zwangsvorstellungen. In dieser Hinsicht weist Z. auf ein gewisses Analogon in den gesunden Zeiten hin. Z.s Kranke haben fast alle in den gesunden Tagen eine gewisse Ängstlichkeit gezeigt, die sich bald als Entschlußunfähigkeit, bald als Reserviertheit im Verkehr mit andern, bald in übertriebener Vorsicht bei der Unterhaltung, hervorgerufen aus einer gewissen Furcht, etwa zu verletzen. Andere Fälle fallen auf durch große Pedanterie, alles muß z. B. immer auf seinem Platz liegen, sonst kommt der Betreffende nicht zur Ruhe, usw. — Z. hat durch Psychoanalyse, auch durch Hypnose komplette Heilerfolge erzielt.



6. Intoxikationspsychosen.

Ref.: Schütte-Langenhagen.

1. *Becker, H. W.* (Herborn), Alkoholbetrachtungen eines Psychiaters. Reichs-Med.-Anz. Nr. 26. (S. 108*.)
2. *Boedler, W.*, Psychische Störungen im Verlaufe von Influenza. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 113*.)
3. *Bolten, G. C.*, Ein Fall von Toxikomanie (Féré). (Beitrag zur Kenntnis der Dipsomaniegenese.) Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 45, H. 5, S. 287. (S. 110*.)
4. *Buchmann, E.*, Ein Fall von Pantoponvergiftung. Heilung trotz Einnahme von 10 g Pantopon. Ther. Mtsh. März 1918.
5. Deutscher Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke, Welche alkoholgegnerischen Gesetzgebungs- und Verwaltungs-Maßnahmen sind für die Zukunft erforderlich? Die Alkoholfrage. Berlin W. 15. Mäßigkeitsverlag. (S. 106*.)
6. *Finckh* (Osterode, Ostpr.), Kritisches zu der Lehre von den Ursachen der Trunksucht. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 74, H. 4—6, S. 285.
7. *v. Gruber, M.* (München), Leitsätze über Alkoholismus und Nachwuchs. Auf Grund der Anträge des Verfassers. (Arbeiten der vom Ärztl. Ver. München eingesetzten Kommission zur Beratung von Fragen der Erhaltung und Mehrung der Volkskraft.) Münch. med. Wschr. Nr. 14, S. 367. (S. 107*.)
8. *Hitzenberger, K.*, Psychosen und Grippe. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 46, H. 5, S. 267. (S. 113*.)
9. *Indemans, J. W. M.* (Maastricht), Bericht des Sanatoriums für Trunksüchtige im Heer (bei Maastricht) vom 15. August 1916 bis 15. August 1917. Ned. Tijdschr. voor Geneesk. vol. 62 (I), p. 229.
10. *Kickh*, Der Alkohol als Todesursache. Das Österr. Sanitätswesen Nr. 9. (S. 110*.)
11. *Klockenbrink, G.*, Ein Beitrag zur Lehre der Psychosen nach Infektionskrankheiten. Ein Fall von Psychose bei Phlegmone. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 114*.)
12. *Kolb, R.* (Marienbad), Gehäufte Atropinvergiftungen nach Tollkirschengenuß. Deutsche med. Wschr. Nr. 43, S. 1197.



13. *Krüger, Th.*, Über psychische Störungen bei Pneumonie. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 114*.)

14. *Lampe, H.*, Korsakowscher Symptomenkomplex nach Kopftrauma. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 111*.)

15. *Levy-Bianchini, M.* (Nocera inferiore), Contributo allo studio delle tossicomanie su fondo psicastenico (psico-tossicomanie). Perizia psichiatrica. Il Manicomio Ann. 32/33, no. 1, p. 53. (S. 111*.)

16. *Löwi, Robert*, Über nervöse Störungen, hervorgerufen durch Infektionskrankheiten. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, H. 2/3, S. 347.

17. *Marcus, Henry* (Stockholm), Die Influenza und das Nervensystem. Berl. klin. Wschr. Nr. 48, S. 1151.

18. *Müller, E.* (Marburg), Über eine praktisch wichtige psychische Störung nach typhösen Erkrankungen. Zentralbl. f. innere Med. Nr. 28.

19. *Mueller, Franz K.* (Godesberg), Trivalinismus. Deutsche med. Wschr. Nr. 14, S. 380. (S. 113*.)

20. *Mueller, Franz H.* (Godesberg), Morphinismus. Reichs-Med.-Anzeiger Nr. 12 u. 13. (S. 111*.)

21. *Neumann, Fritz* (Wien), Die Fürsorge für Alkoholkranke. Wien. klin. Rundsch. Nr. 13/14, S. 75.

22. *Oehmig, O.* (Dresden), Weiteres über die Abnahme des Alkoholismus während des Krieges. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 43, H. 6, S. 354. (S. 110*.)

23. *Pensky, E.* (Stettin), Ein Fall von Nirvanolvergiftung. Med. Klin. Nr. 38, S. 939.

24. *Peretti, Josef* (Düsseldorf-Grafenberg), Über den Rückgang der Alkoholistenaufnahmen in den Anstalten seit dem Beginn des Krieges. Berl. klin. Wschr. Nr. 9, S. 211. (S. 109*.)

25. *Petrén*, Alkoholikerfürsorge. Svensk läkare sällsk. H. 8.

26. *Riese, W.*, Ein Beitrag zur Kenntnis der psychischen Störungen nach Gasvergiftung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 44 H. 6, S. 368. (S. 112*.)

27. *Riese, W.*, Psychische Störungen nach spanischer Grippe. Neurol. Zentralbl. Nr. 21, S. 2. (S. 114*.)

28. *Robert, Paul*, Über die Abnahme des Alkoholismus während des



Krieges an der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel. Inaug.-Diss. Kiel.

29. *Sagel, Wilhelm* (Arnsdorf), Über einen Fall atypischer Alkoholhalluzinose. (Chronische, besonnene, nicht systematisierende Alkoholhalluzinose.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 39, H. 4/5, S. 239. (S. 110*.)

30. *Schäfer, F.* (Lengerich i. W.), Behörden gegen die Trunksucht Untergebener. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 74, H. 4—6, S. 294.

31. *Schlesinger, Herm.* (Wien), Sekalevergiftung und Tetanie. Wien. klin. Wschr. Nr. 15.

32. *Schultze, E.* (Göttingen), Demonstration eines Patienten mit ausgesprochener Störung der Denkfähigkeit infolge Äthervergiftung. Sitzungsber. Berl. klin. Wschr. Nr. 48, S. 1158.

33. *Seelert, H.*, Die psychischen Erkrankungen nach akuter Kohlenoxydvergiftung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 46, H. 1, S. 43. (S. 112*.)

34. *Seelert, Hans* (Berlin), Psychische Störungen nach Leuchtgasvergiftungen. Sitzungsber. v. 8. VII. 18. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E., Bd. 15, H. 6, S. 430.

35. *v. Seld, A.*, Die Infektionspsychosen als Kreislaufstörungen. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 114*.)

36. *Solbrig* (Breslau), Zur Denkschrift des Vereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke: „Welche alkoholgegnerische Gesetzgebungs- und Verwaltungsmaßnahmen sind für die Zukunft erforderlich? Umgestaltung des Strafgesetzbuches. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 19 S. 188.

37. *Steiger, O.* (Zürich), Brommethylvergiftung. Münch. med. Wschr. Nr. 28, S. 753.

38. *Stein, F.* (Budapest-Wien), Bemerkungen zur Diagnose und Therapie des chronischen Alkoholismus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 43, H. 1/2, S. 159. (S. 108*.)

39. *Stursberg, Hugo* (Bonn), Kann die chronische Einwirkung nitröser Gase organische Erkrankungen des Zentralnervensystems zur Folge haben? Sitzungsber. v. 15. VIII. 18. Deutsche med. Wschr. Nr. 43, S. 1206.

40. *Tracy* (Toledo, Ohio), The psychological, physiological and phar-



macological basis of nicotinism, alcoholism and morphinism. New York med. journ. 2. Febr.
41. *Trier*, *G.*, Die wirtschaftliche und sozial-hygienische Bedeutung der neuen Verfahren der Alkoholgewinnung. Intern. Mtschr. z. Erforsch. d. Alkoholismus u. Bekämpfung d. Trinksitten, Jan./Febr. (S. 109*.)
42. *Trier*, *G.*, Grundlagen des Antialkoholismus. (Vorlesungen.) 2 Halbbände. Berlin 1917. Gebr. Bornträger. 362 u. 360 S. je 12.— M.
43. *Vogelius*, *Friedr.* (Kopenhagen), Dyspepsie bei chronischem Alkoholismus. Arch. f. Verdauungskrankh. mit Einschluß der Stoffwechselpathologie u. Diätetik. Bd. 24, H. 3, S. 278.
44. *Wassermann*, *S.*, Beitrag zur Hämatologie der Pellagra. Wien. klin. Wschr. Nr. 6.
45. *Weitz*, *Wilhelm* (Tübingen), Über Veronalvergiftung. Med. Klin. Nr. 7, S. 159. (S. 112*.)
46. *Wenzel*, *Ernst*, Über psychische Störungen im Gefolge von Gelenkrheumatismus. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 114*.)
47. *Wesenhagen*, *G. F.* (Amstelveen), Gehirnstörungen bei Influenza. Ned. Tijdschr. voor Geneesk. 7. Sept.
48. *Wiener*, *Kurt*, Über sieben Fälle von Botulismus. Inaug.-Diss. Breslau.
49. *Ziertmann*, *Wilh.* (Bunzlau), Über die Abnahme dor alkohoiischen Geistesstörungen in der Provinz Schlesien während des Krieges. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 9—12. (S. 109*.)

a) Alkoholismus. Morphinismus.

Der Deutsche Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke (5) macht unter Berücksichtigung der Kriegserfahrungen eine Reihe von Vorschlägen über die alkoholgegnerischen Gesetzgebungs- und Verwaltungs-Maßnahmen, welche für die Zukunft erforderlich sind. Zunächst wird die Konzessionsreform besprochen. Es wird betont, daß am besten die Allgemeinheit Trägerin und Nutznießerin des Schankgewerbes werden müßte, daß aber das Verständnis hierfür in Deutschland noch nicht genügend reif ist. Es ist daher vorläufig den Bestimmungen der Novelle zur Gewerbeordnung beizupflichten, die aber nach mancher Richtung hin noch zu erweitern sind. So ist dringend zu wünschen, daß in jedem Falle ein Gesuch um eine neue Schankerlaubnis vor Entscheidung der Frage unter Einspruchsrecht öffentlich bekanntgegeben wird, daß ferner neue Alkoholschankerlaubnisse in der Nähe von Kirchen, Schulen und Kasernen abzulehnen sind. Außerdem müßte der



Branntwein-Ausschank in sonstigen Kleinhandelsgeschäften verboten werden, auch beim Flaschenbierhandel müßte der Zwang des Bedürfnisnachweises eingeführt werden. Daneben erscheinen noch polizeiliche und privatrechtliche Maßnahmen wünschenswert, welche das Verbot der Verabreichung geistiger Getränke an Jugendliche, Betrunkene, Angetrunkene und Trinker betreffen, ferner weitere Durchführung der polizeilichen Trinkerliste und Bestimmungen gegen die Verabreichung geistiger Getränke auf Borg.

Auf Grund der während des Krieges gemachten günstigen Erfahrungen wird ferner eine Polizeistunde von 12 Uhr nachts an bis 8 Uhr morgens in Vorschlag gebracht. Die Schnapsschankstellen dürfen vor Arbeitsbeginn nicht geöffnet sein. An Sonn- und Feiertagen ist völliges Schnapsverbot wünschenswert, ebenso an den ihnen unmittelbar vorangehenden und nachfolgenden Tagen sowie für Lohn-, Markt- u. dgl. Tage. Vereine und geschlossene Gesellschaften müssen denselben einschränkenden Bestimmungen unterworfen sein.

Auch zur Einschränkung der Herstellung geistiger Getränke wird eine Reihe von Vorschlägen gemacht. Eine Erhöhung der Abgaben auf Alkoholgetränke ist zu fordern, ihre Abwälzung auf den Verbraucher muß gesichert sein. Eine Besteuerung der alkoholfreien Getränke ist abzulehnen. Ein Anteil der Eingänge aus der Alkoholbesteuerung ist für die Bekämpfung des Mißbrauchs geistiger Getränke zu verwenden.

Es folgen dann Vorschläge und Anregungen für Heer und Flotte, höhere Schulen und Hochschulen, ferner Maßnahmen für Jugendschutz und Jugendpflege. Für die Umgestaltung des Strafgesetzbuches wird bemerkt, daß der Entwurf auf dem richtigen Wege ist und durchgeführt werden muß.

Ein weiteres Kapitel betrifft Maßnahmen für die Trinkerfürsorge. Die Möglichkeit, Alkohol zu bekommen, soll erschwert und beschränkt werden, die polizeiliche Trinkerliste muß weiter durchgeführt werden, die gewalttätigen Trunksüchsüchtigen müssen schneller und dauernd aus der Familie entfernt werden; ein einfacheres Verfahren der Pfändung des Arbeitslohnes des Trinkers für den Unterhalt seiner Familie und Strafandrohung, falls er aus dieser Veranlassung grundlos seine Arbeit aufgeben sollte, muß eingeführt werden.

Zum Schluß werden Vorschläge für das Verkehrswesen, Gasthausreform, Gemeindehäuser, Trinkbrunnen usw. gemacht.

Auf Grund der Anträge von *M. v. Gruber* (7) hat die vom ärztlichen Verein München eingesetzte Kommission zur Beratung von Fragen der Erhaltung und Mehrung der Volkskraft eine Reihe von Leitsätzen über Alkoholismus und Nachwuchs aufgestellt. Diese betreffen einerseits die Schädigung des Nachwuchses durch den Alkoholmißbrauch, andererseits die Verhütungsmaßregeln. Im ersten Teil ist angeführt die Vernichtung und krankhafte Veränderung der Keimzellen durch den Alkohol, die Schädigung der Frucht im Mutterleibe und die auslösende Rolle des Alkohols bei der Entfaltung einer ererbten krankhaften Anlage, wie sich denn die Trunksucht selbst häufig auf Grundlage einer ererbten psychopathischen Veranlagung entwickelt. Kaum minder gefährlich sind die mittelbaren sozialen Wirkungen auf den Nachwuchs, wie die Kinderscheu durch Erschlaffung



der Arbeitslust, die Begünstigung des außerehelichen Geschlechtsverkehrs, die Zerrüttung des ehelichen Lebens und umgekehrt oft der große Reichtum an minderwertigen Kindern in Trinkerfamilien. Dazu kommt Vernachlässigung der Erziehung und Pflege der Kinder, wirtschaftliche Not, erhöhte Morbidität und Mortalität der Eltern. Durch Trinkerheilstätten usw. muß ein Teil des Nationaleinkommens den Trinkern geopfert werden; viele Arbeitskräfte werden durch die Herstellung und den Vertrieb der Getränke gebunden, ein großer Teil des Ackerbodens dient der Herstellung des Bieres und des Trinkbranntweins.

Unter den Verhütungsmaßregeln sind zu nennen: Belehrung und Aufklärung, Verhinderung des Genusses von geistigen Getränken bei Jugendlichen, Pflege des Sports, Einschränkung der Erzeugung und hohe Besteuerung des Alkohols und besonders eine Gasthausreform im Sinne des Gotenburger Systems. Ferner müßte die Eheschließung chronischer Alkoholisten verhindert werden; die Kinder der Trinker müßten Erziehungsheimen überwiesen werden, die Eltern selbst Heilstätten, Arbeits- oder Pflegeanstalten. Auch müßten die Gerichte mit größeren Vollmachten ausgestattet werden, Entmündigung und Ehescheidung sollten erleichtert werden. Ähnlich wie Alkoholismus müssen Morphinismus und Kokainismus bekämpft werden.

Stein (38) betont, daß die Frühdiagnose und die Frühbehandlung der Trinker nicht nur die wichtigste und wirksamste Therapie des individuellen Alkoholismus ist, sondern daß sie auch zugleich von großer Wichtigkeit für die Prophylaxe und Einschränkung des sozialen Alkoholismus ist. Die Therapie des chronischen Alkoholismus besteht nach Ansicht des Verf. neben der sehr vorsichtigen symptomatischen Behandlung in Psychotherapie, und zwar in Form der aufklärenden Erziehung und Beeinflussung. Medikamente und selbst physikalische Heilmethoden sind bisweilen gefährlich, weil die Patienten im Vertrauen auf den Nutzen derselben weitertrinken.

Die Leitung der öffentlichen Trinkerfürsorgestellen muß in ärztlichen Händen liegen. Die Auszahlung der Krankenunterstützung erfolgt an die Angehörigen, wenn der Kranke das Geld wieder für Alkohol verwendet, im äußersten Falle werden Sachleistungen gewährt. Es ist dies Verfahren, das in Budapest geübt wird, nichts weiter als eine partielle Entmündigung auf beschränkte Zeit. Bei der Entlassung der Alkoholkranken aus Irrenanstalten und Trinkerheilstätten sollten die Patienten stets wieder der Fürsorgestelle zugewiesen werden. Die ungeheilt Entlassenen zerfallen in solche, die schwerere Degenerationserscheinungen nicht aufweisen und von den besten Absichten beseelt sind, aber leicht wieder rückfällig werden, und zweitens in schwer degenerierte unheilbare Trinker und Dipsomanen, Idioten und chronisch Geisteskranke. Für diese zweite Kategorie ist die Errichtung von Arbeitsanstalten notwendig. Zum Schluß schlägt Verf. vor, die Fürsorgestellen mit Ernüchterungsräumen zu versehen und jeden Betrunkenen, der von der Polizei aufgegriffen wird, dorthin zu bringen. Auf diese Weise wäre auch die für später notwendige Verbindung mit der Fürsorgestelle am einfachsten hergestellt.

Becker (1) tritt für ein Verbot der Abgabe von berauschenden Getränken in öffentlichen Wirtschaften nach 11 Uhr abends ein. Außerdem soll die Dar-



reichung von Alkohol an Kinder und Geistesschwache verboten werden, ebenso die Verabfolgung in Krankenanstalten, außer auf jedesmaliges direktes ärztliches Rezept. Diese drei Punkte hält der Verf. für erreichbar, noch weiter zu gehen, ist seiner Ansicht nach nicht notwendig. Zum Schluß weist er auf die Gefährlichkeit mancher Ersatzpräparate hin, z. B. auf den Methylalkohol und den Zusatz von Quillajarinde zum Bier zur Erzeugung eines längere Zeit stehenden Schaumes.

Über die wirtschaftliche und sozial-hygienische Bedeutung der neuen Verfahren der Alkoholgewinnung spricht sich *Trier* (41) eingehend aus. Er zweifelt nicht daran, daß diese auch nach Eintritt normaler Verhältnisse bestehen bleiben werden. Eine Reihe von wichtigen Gründen läßt erkennen, daß eine Verdrängung des Sulfitsprits sehr unwahrscheinlich ist, dasselbe läßt sich von der Synthese des Alkohols sagen. Was die Reinheit des nach den neuen Verfahren gewonnenen Sprits anbetrifft, so ist es klar, daß der Rohspiritus aus den Sulfitlaugen unreiner ist als der Kartoffelsprit, er enthält z. B. mehrere Prozente von Methylalkohol. Immerhin wird es aber gelingen, die Qualität soweit zu verbessern, daß ein für Trinkzwecke geeignetes Produkt entsteht. So wird es zu einer Herabsetzung der Preise durch die Konkurrenz und damit zu einer weiteren Verbreitung des Alkohols kommen, der, soweit es sich um Trinkbranntwein handelt, rechtzeitig entgegengetreten werden muß.

In allen öffentlichen Irrenanstalten und in den allgemeinen Krankenhäusern Schlesiens hat sich nach dem Bericht *Ziertmann*s (49) ein außerordentlich starkes Absinken der Aufnahmen an Alkoholismus nachweisen lassen. Die Zahl der männlichen Alkoholiker ging in den zwölf öffentlichen Anstalten um 85,6 v. H. zurück, der männlichen Deliranten um 96,1 v. H. und der chronischen Alkoholpsychosen um 80,1 v. H. In den allgemeinen Krankenhäusern sank die Zahl der männlichen Aufnahmen an akuten Alkoholfällen um 90,5 %. Auch bei den Frauen war der Rückgang verhältnismäßig ebenso groß. Die Ersparnisse an Verpflegungskosten sind natürlich sehr beträchtlich, Verf. berechnet sie für die schlesischen Provinzialanstalten auf 83 617 M. im Jahre. Dazu kommen noch die fortfallenden Aufwendungen für die Unterbringung der Trinker in Krankenhäusern und anderen Anstalten sowie für Krankengelder und Unterstützungen. Ferner sank beispielsweise für die Provinz Schlesien die Zahl der wegen Alkoholvergiftung bewilligten Invaliden- und Krankenrenten von durchschnittlich 83 in den Jahren 1907—1913 auf 22 im Jahre 1916. Die Kosten für die Übernahme der Trinkerheilverfahren gingen von 125 817 M. im Jahre 1913 auf 0 M. im Jahre 1917 zurück. Die Verluste an Ausfall oder Verminderung des Arbeitslohnes, die erhöhte Morbidität und Sterblichkeit der Trinker, die erhöhte Kriminalität sind ebenfalls zu berücksichtigen.

Verf. führt aus, daß die Bekämpfung des Branntweingenusses die hauptsächlichste Aufgabe bilden muß. In Deutschland ist jährlich die Ernte von über zwei Millionen Hektar Land vertrunken worden.

Die guten Wirkungen der Alkoholbeschränkung in der Kriegszeit werden auch von *Peretti* (24) bestätigt, der feststellt, daß sich die Zahl der auf Alkoholmißbrauch beruhenden akuten Geisteskrankheiten ganz bedeutend vermindert hat. Auch andere Folgen der Trunksucht, wie z. B. die Roheitsverbrechen, haben einen



bedeutenden Rückgang erfahren. Diese Erfahrungen drängen zu der Forderung, die den Ausschank und die Erzeugung der geistigen Getränke einschränkenden Verordnungen mit dem Kriegsschluß nicht aufzuheben. Nicht wenige Kriegsteilnehmer sind trotz aller Vorschriften dem Alkoholmißbrauch verfallen, viele Kriegsbeschädigte sind intolerant gegen den Genuß geistiger Getränke geworden. Auch für diese wird es besser sein, wenn sie bei ihrer Rückkehr in die Heimat eine Beschränkung des Alkoholgenusses vorfinden.

Oehmig (22) hat auf Grund einer Zusammenstellung aus den letzten zehn Jahren nachgewiesen, daß die Alkoholkrankheiten eine erhebliche Abnahme erfahren haben. In den drei Kriegsjahren 1915—1917 zeigt sich unter den Kranken der Heil- und Pflegeanstalt Dresden ein Rückgang von 37,66 % auf durchschnittlich 13,69 % bei den Männern und bei den Frauen von 5,72 % auf 2,23 %. Der in der Vorgeschichte bei der Gesamtheit der Jahresaufnahmen nachgewiesene Alkoholmißbrauch war von 310 auf 54 gefallen. Die Fälle von Dementia praecox dagegen waren an Zahl nur wenig verändert, nämlich von 9,13 auf 9,12 % bei den Männern, von 23,3 auf 18 % bei den Frauen. Weiter führt Verf. drei interessante Beobachtungen von Alkoholmißbrauch an, von denen einer mit schwerer Chloroformsucht verbunden war.

Kickh (10) hat in einer ihm lange bekannten kleinen salzburgischen Gemeinde mit mäßigem Alkoholverbrauch die Todesursachen untersucht. Er stellte fest, daß die Sterblichkeit der Männer die der Frauen um etwa zwei Drittel überragte und daß Alkoholmißbrauch, Schwindsucht und ungesunde Fabrikarbeit der Frauen eine verhängnisvolle Rolle spielten. Auch Verf. tritt warm für eine weitere Einschränkung des Alkoholgenusses ein, da wir mit unseren Arbeitskräften und den Erzeugnissen des Bodens, den Nahrungsmitteln, sparen müssen, und die Bekämpfung der Schwindsucht und der Geschlechtskrankheiten uns ungemein erleichtert werden würde.

Einen Fall von atypischer Alkoholhalluzinose beschreibt *Sagel* (29). Es handelt sich um einen Soldaten, von Beruf Zeichner, der seit Jahren viel getrunken hatte. Die Krankheit hatte bei ihm mit Überempfindlichkeit gegen Geräusche begonnen, die sich später in seinen Ohren zu Worten und ganzen Sätzen formten. Später trat ein Verwirrungszustand ein, der zur Aufnahme des Kranken in das Lazarett führte. Er äußerte kombinierte Sinnestäuschungen, hörte Stimmen in Dialogform, die für und gegen ihn Partei nahmen, hatte Klangassoziationen, farbige Visionen und quälende Angstzustände bei völliger Erhaltung der Orientierung und klarer Krankheitseinsicht. Der Kranke fertigte Zeichnungen seiner Visionen an, z. T. in Serien, welche Phasen in der kinematographischen Wandlung des Geschauten darstellten. Verf. führt das Überwiegen der Gesichtstäuschungen darauf zurück, daß der Kranke als Zeichner eine besondere Ausbildung der optischen Sphäre und somit hier die größte Assoziationsbereitschaft besitzt.

Bolten (3) betont, daß die Dipsomanie in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nichts mit Epilepsie zu tun hat. Die Genese der Dipsomanie ist sehr verschiedenartig, sie ist stets eine sekundäre Erscheinung. Als primäre Erkrankung trifft man zuweilen Psychopathie; hier sind die Dysphorien sekundär, d. h. sie müssen



als ein reaktives Moment aufgefaßt werden. Bei anderen Kranken dagegen ist von geistiger Entartung nichts zu bemerken, hier ist die Verstimmung primär oder besser autochthon; in vielen Fällen dieser Kategorie sind die Kennzeichen der leichtesten Form der manisch-depressiven Psychose unverkennbar. Selten sind vielleicht andere organische oder funktionelle Psychosen als Grundursache im Spiele.

Zum Beweis seiner Ansichten führt Verf. die Krankengeschichte eines Mannes an, der vom 14. oder 15. Lebensjahre ab ungewöhnlich regelmäßig alle 2—3 Monate depressive Zustände durchmachte, während er in der Zwischenzeit leicht manisch war. Um die Dysphorien zu bekämpfen, gebrauchte der Kranke allerlei Narkotika, so daß man von einer Toxikomanie sprechen konnte. Hätte er Alkohol als Betäubungsmittel angewendet, so wäre es eine Dipsomanie gewesen, in ihrem Wesen sind beide Krankheiten völlig gleich Eine weitere Beobachtung betrifft einen Psychopathen, der jedesmal auf äußere psychische Eindrücke mit Verstimmungen und Alkoholmißbrauch reagierte.

Zwei Fälle von Korsakowschem Symptomenkomplex nach Kopftrauma beschreibt *Lampe* (14) in seiner Dissertation. In der ersten Beobachtung handelte es sich um einen 57 Jahre alten Alkoholiker, der kopfüber vom Rade gefallen war und eine Gehirnerschütterung erlitten hatte. Es wurde in der Klinik eine wesentliche Besserung erzielt. Der zweite Fall betrifft einen 58jähr. Trinker, der durch Sturz von einer Treppe eine Kommotion mit Basisfraktur davongetragen hatte. In beiden Fällen war der typische Korsakowsche Symptomenkomplex vorhanden.

Mueller (20) unterscheidet beim Morphinismus das Stadium der Toleranz oder des Wohlbefindens und das Stadium der Abstinenz oder des Siechtums. Jeder Mensch kann nur ein bestimmtes Quantum Morphium entgiften; das zweite Stadium beginnt, sobald er zur Erzwingung seines Wohlbefindens eine das Entgiftungsmaximum übersteigende Dosis Morphium benötigt. Bei der Behandlung gibt Verf. der sog. Trinkmethode vor allem den Vorzug. Es gehört dazu ein Opiat, das innerlich genommen, ebenso wirksam ist wie die Spritze. Diese Forderung wird allein erfüllt von dem Eumekon, das die besten Erfolge zeitigt. Verf. betont die Wichtigkeit der Prophylaxe, der Arzt soll keine Morphinisten machen.

Über einen ungewöhnlichen Fall von Toxikomanie berichtet *Levi-Bianchini* (15). Es handelt sich um einen jungen Leutnant des italienischen Heeres, der bei einem Angriff plötzlich die Truppe im Stich ließ. Es stellte sich heraus, daß er infolge von Morphium- und Kokainhunger gehandelt hatte. Der Offizier hatte von Jugend an gelegentlich chemischer und pharmakologischer Studien die Wirkung verschiedener Gifte wie Chloroform, Äther, Chloral, Opium, Pantopon und Kokain an sich erprobt, auch bis zu 100 Zigaretten geraucht und als Gegengifte Atropin, Adrenalin u. dgl. genommen. Unter den Aufregungen des Kriegslebens hatte er zeitweise seine Leidenschaft unterdrückt, in den Zeiten der Ruhe aber gab er sich ihr zügellos hin. Als er nun plötzlich zum Angriff befohlen wurde, stand er gerade unter dem Einfluß der narkotischen Mittel und brach zusammen, als er seinen Hunger nach ihnen nicht befriedigen konnte. Verf. hält den Offizier unter diesen Umständen nicht für verantwortlich.



b) Gasvergiftungen.

Riese (26) bringt einen Beitrag zur Kenntnis der psychischen Störungen nach Gasvergiftung. Ein Soldat, der nach einem nächtlichen Feuerüberfall morgens bewußtlos gefunden war, machte 7 Tage später im Feldlazarett einen gedrückten, verwirrten Eindruck. Nach vier Wochen wurde in der Klinik vollständige örtliche und zeitliche Desorientiertheit beobachtet, ferner schwere Beeinträchtigung der Merkfähigkeit und Amnesie. Die Affektlage war dauernd leicht depressiv. Für Hysterie ergaben sich keine Anhaltspunkte. Der Fall mußte daher als eine echte selbständige Störung, als amnestischer Symptomenkomplex bezeichnet werden, der sich als sogenannte intervalläre Form im Sinne *Sibelius*' an eine Granatexplosion angeschlossen hat, als Ausdruck einer schweren Intoxikation und einer organischen Schädigung des Gehirns.

Nach *Seelert* (33) werden die psychischen Erkrankungen nach akuter Kohlenoxydvergiftung in allen Fällen durch eine Störung des Bewußtseins eingeleitet. Überleben die Kranken dies Stadium, so schließt sich bei einem Teile von ihnen ein psychopathologischer Zustand vom Typus exogener Hirnschädigung an. Am häufigsten entwickelt sich der Korsakowsche Symptomenkomplex. Neben Störungen auf intellektuellem Gebiet ist immer auch die Affektivität der Kranken pathologisch verändert. Kombiniert mit diesen psychischen Störungen, die auf eine diffuse Hirnschädigung hinweisen, findet sich in einer kleineren Zahl von Kohlenoxydvergiftungen Apraxie und Aphasie auch Unfähigkeit zur Orientierung im Raum. Ferner sind rauschartige Erregungen und dämmerzustandsartige Krankheitsbilder beobachtet, auch melancholische Zustände. In manchen Fällen ist auch retrograde Amnesie nachzuweisen. Dazu kommen oft somatisch-neurologische Symptome wie pathologische Reflexe, zerebrale motorische Lähmungen, periphere Neuritis und Blasenstörung. Auch Pyramidenbahnsymptome in Form von Hypertonie der Extremitätenmuskeln, zum Klonus gesteigerten Sehnenreflexen und Babinskischem Zehenphänomen wurden bemerkt, ferner Augenmuskellähmungen, vorübergehende Erblindung und Gesichtsfelddefekte, außerdem epileptische Krampfanfälle.

Der Ausgang kann in völliger Genesung, oder Zurückbleiben eines psychischen Defektes oder schwerem Siechtum bestehen.

Gelegentlich folgt der an die Vergiftung sich anschließenden Bewußtlosigkeit zunächst ein freies Intervall und dann erst akut ein schweres psychisches Krankheitsbild. Es ist also mit Rücksicht auf die Prognose und Therapie stets mit der Tatsache zu rechnen, daß die Schädigung mit Abklingen der Bewußtlosigkeit nicht immer überwunden ist.

Pathologisch-anatomisch wurden bisher multiple kleine Blutungen und Erweichungen besonders in der Gegend der Linsenkerne gefunden.

c) Andere Gifte.

Ein interessanter Fall von Veronalnatrium-(Medinal-)Vergiftung wird von *Weitz* (45) berichtet. Es handelte sich um eine 28jährige Krankenpflegerin, die chronisch Medinal genommen hatte und an der Vergiftung starb. Nach den Er-



fahrungen des Verf. ist das typische Bild der Veronalvergiftung folgendes: In leichten Fällen tiefer Schlaf, schlaffe Muskulatur (selten spastisch), leichte Rötung des Gesichtes, ausgesprochener Dermographismus, Bauchdecken- und Kornealreflex abgeschwächt oder fehlend, Pupillen mittelweit, Reaktion auf Lichteinfall prompt, Patellarreflexe normal oder leicht gesteigert. Atmung und Herztätigkeit nicht gestört. Bei der mittelschweren Form leidet die Atmungstätigkeit, Blutdruck und Puls sind nicht wesentlich verändert. In schweren Fällen ist die Atmungstätigkeit durchaus ungenügend, erst sekundär tritt Schädigung der Zirkulationsorgane hervor. Patellar-, Achillessehnen- und Pupillenreflexe beginnen zu fehlen, häufig treten wie auch bei den leichteren Formen Exantheme auf. Im Rekonvaleszentenstadium werden Gleichgewichts- und Augenmuskel-, besonders Akkomodationsstörungen oft gesehen. Das Veronal wirkt zunächst lähmend auf das Großhirn und dann absteigend auf die niederen Zentren.

Mueller (19) hat 11 Fälle von Trivalinismus beobachtet und warnt vor der Anwendung des Trivalin. Dies ist weiter nichts als eine 2 prozentige Morphiumlösung, versetzt mit Kokain und Baldrian; angeblich ist das Morphium durch diese Zusätze „entgiftet". Besonders bedenklich ist der Kokainzusatz; die Folgen des Trivalingenusses sind nicht allein die des Morphinismus, sondern des viel schlimmeren Kokainismus. Es gibt für den Arzt keine Indikation, welche die Verordnung von Trivalin rechtfertigen könnte.

Die psychischen Störungen im Verlaufe von Influenza bilden das Thema der Dissertation *Boedlers* (2). Er beschreibt eine gemischte Psychose, die sich direkt aus dem Rekonvaleszenzstadium der Influenza entwickelte. Der Tod erfolgte nach einem heftigen Erregungszustande im Kollaps.

Hitzenberger (8) hat in der Wiener psychiatrisch-neurologischen Klinik 55 Fälle von Geistesstörungen beobachtet, die in einem Zusammenhang mit der spanischen Grippe standen. Er teilt diese Beobachtungen ein: 1. in solche, die durch die Grippe unmittelbar hervorgerufen wurden, und 2. in solche, die der Infektionskrankheit nur bedurften, um aus ihrer Latenz geweckt zu werden. Zur ersten Gruppe rechnet er die Fieberdelirien und die postfebrile Amentia, zur zweiten die sog. Pseudoinfluenzapsychosen, die durch die Infektionskrankheit aus ihrer Latenz geweckt worden sind. Fiberdelirien wurden bei 11 Männern und 4 Frauen beobachtet, frühestens am zweiten, spätestens am achten Tage der fieberhaften Erkrankung traten die ersten Anzeichen der Psychose auf. Vorwiegend waren jugendliche Personen ergriffen. 9 Männer und 3 Frauen starben, die Mortalität war also sehr hoch. Die postfebrilen Psychosen traten mit zwei Ausnahmen erst nach dem Abfall des Fiebers auf, in der Mehrzahl der Fälle nach etwa einer Woche. Hier lieferten die Frauen das Hauptkontingent, beinahe ausschließlich war das jugendliche Alter betroffen. Im ganzen handelte es sich bei dieser Form um 30 Personen. Fieberdelirien und Amentia waren also die zwei häufigsten Arten der Geistesstörung nach Grippe, die übrigen bisher latenten, jetzt durch die Grippe aufgeweckten Psychosen traten sehr zurück, es waren Melancholie, Manie, Dementia praecox und Delirium tremens.

Außerdem erkrankte ein großer Teil der in der Klinik untergebrachten Geisteskranken an Grippe, nur in einem Falle konnte eine Einwirkung der Infektions-



krankheit auf den Ablauf der Psychose festgestellt werden; es handelte sich um ein Mädchen mit periodischen katatonen Verwirrtheitszuständen, das nach Ablauf der Grippe wesentlich gebessert war.

Kein einziger Fall der Encephalitis lethargica wurde beobachtet; Verf. glaubt deshalb, daß diese Krankheit einen von der Grippe verschiedenen Erreger hat.

Riese (27) hat eine Reihe von psychischen Störungen nach spanischer Grippe beobachtet und beschreibt 5 Fälle, in denen es sich je einmal um eine epileptiforme Erregung, um eine Beobachtung vom Charakter halluzinoseartigen Bilder und eine reine Amentia, zweimal um Erkrankungen mit katatonen Symptomen handelte. Der Fall von reiner Amentia war dadurch interessant, daß der Bruder des betreffenden Kranken in einer anderen Klinik ebenfalls im Anschluß an eine Influenza eine 5 Wochen dauernde Erschöpfungspsychose durchgemacht hatte, daß also zwei Brüder auf die gleiche körperliche Erkrankung mit einem gleichen psychischen Krankheitsbilde reagierten. Ein Überblick über die Erfahrung lehrt, daß wesentliche Fortschritte gegenüber den Erkenntnissen bei der Influenzaepidemie vor 30 Jahren nicht gemacht sind.

Die Dissertation *Klockenbrinks* (11) behandelt einen Fall von Psychose bei Phlegmone. Es traten Aufgeregtheit, Verwirrtheit, Halluzinationen und beängstigende Wahnvorstellungen bei einem 44jähr. Manne ein, der seit 5 Wochen an einer Phlegmone der Hand litt. Der Tod erfolgte an allgemeiner Sepsis.

Krüger (13) bespricht das Thema der psychischen Störungen bei Pneumonie. Eine 55 Jahre alte Frau, die schon vorher an nervöser Erregung litt, erkrankte an Bronchopneumonie, durch welche eine Amentia ausgelöst wurde. Der Tod erfolgte in der 6. Woche an Herzschwäche.

Ebenfalls das Bild einer Amentia bot der von *Wenzel* (46) beschriebene Fall, der eine 30jähr. Frau betrifft, die im Beginn einer Polyarthritis rheumatica erkrankte und nach 12 Tagen starb.

v. Seld (35) beschreibt 3 Fälle von Psychosen nach Pneumonie. Zwei davon erschienen als typisches Infektionsdelir, das dritte verlief in der fieberfreien Zeit. Dieser letzte Fall war dadurch interessant, daß der Pat. bei einer früheren Lungenentzündung eine Infektionspsychose offenbar gleicher Art durchgemacht hatte. Verf. nimmt an, daß die Toxine keine eigentlichen Hirngifte sind, sondern daß ihre Wirkung auf das Zentralorgan durch Kreislaufstörungen zustande kommt.

---

7. Allgemeine Psychiatrie.

Ref.: Hermann Grimme-Hildesheim.

1. *Abderhalden, E.* (Halle a. S.), Das Problem der Möglichkeit der Zurückführung bestimmter intrauterin entstehender Mißbildungen auf das Versagen gewisser mütterlicher oder auch fötaler Sekretionsorgane. Arch. f. Psych. Bd. 59, H. 2/3, S. 506.



2. *Albrecht* (Tübingen), Die Bedeutung des Stirnhirns für die Orientierung des Körpers und die Koordination der Bewegungen. Sitzungsber.: Münch. med. Wschr. Nr. 30, S. 831.
3. *Alexander, Alfred* (Berlin), Das Auftreten äußerer heterogener Geschlechtsmerkmale bei Hypogenitalismus. Berl. klin. Wschr. Nr. 40, S. 948.
4. *Anton, G.* (Halle a. S.), Aus der ärztlichen Seelenkunde. Berlin, Springer. (S. 140*.)
5. *Auerbach, Siegm.* (Frankfurt a. M.), Verschiedene Vulnerabilität bzw. Giftaffinität der Nerven oder Gesetz der Lähmungstypen? Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 44, H. 1/2, S. 88.
6. *Autenrieth, W.* (Freiburg i. B.), Über die Ausscheidung des Broms beim Menschen nach Einnahme von Bromnatrium. Münch. med. Wschr. Nr. 28, S. 749.
7. *Barton, Victor*, Über Kriegspsychosen. Wien. klin. Wschr. Nr. 24, S. 685.
8. *Bauer, Julius* (Wien), Zur Pathologie der Pupillenbewegungen. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 61, H. 1—6.
9. *Beckmann, Josef*, Über die Einwirkung fieberhafter Krankheiten auf die Heilung von Psychosen mit besonderer Berücksichtigung des Erysipels. Inaug.-Diss. Kiel.
10. *Bertschinger, R.* (Schaffhausen), Etwas über Halluzinationen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 74, H. 4—6, S. 269.
11. *Beth, K.* (Wien), Gesunddenken und Gesundbeten. Eine Beurteilung des Szientismus. Wien, M. Perles. 70 S. 3 Kr.
12. *Bichlmayr, Karl Friedr.*, Über Kriegspsychosen bei Frauen. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 140*.)
13. *Bing, Robert* (Basel), Zur diagnostischen Bewertung der Varietäten des Babinskischen Reflexes. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 3, H. 1.
14. *Bikeles, G.*, Bemerkungen zum tonischen Patellarsehnenreflex bei Chorea minor (vgl. *Bregmann*, gl. Ztschr. 1911, S. 1298). Neurol. Zentralbl. Nr. 2, S. 72.
15. *Bikeles, G.*, Bemerkungen über den innigsten Konnex zwischen psychischen Vorgängen und somatischen Erscheinungen bei Affekten. Zentralbl. f. Physiol. Bd. 32, S. 441.



16. *Birnbaum, Karl* (Berlin), Psychische Verursachung seelischer Störungen und die psychisch bedingten abnormen Seelenvorgänge. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 77 S.

17. *Birnbaum, Karl* (Berlin), Kriegsneurosen und -psychosen auf Grund der gegenwärtigen Kriegsbeobachtungen. Sammelbericht. 6. Zusammenstellung von April bis Ende 1917. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E. Bd. 16, H. 1, S. 1.

18. *Bleuler, E.* (Zürich), Die psychologische Richtung in der Psychiatrie. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 2, H. 2, S. 181. (S. 143*.)

19. *Bleuler, E.* (Zürich), August Forel, geb. 1. IX. 1848 in Morges, langjähriger Professor der Psychiatrie an der Universität Zürich. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 43. H. 1/2, S. 1. (S. 136*.)

20. *Blume, G.* (Berlin-Dalldorf), Über Erinnerungsfälschungen, Wahnvorstellungen und ihre Beziehungen zu Traumerlebnissen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 42, H. 3/5, S. 206. (S. 146*.)

21. *Boehme, A.*, und *Weiland* (Kiel), Einige Beobachtungen über die Magnusschen Hals- und Labyrinthreflexe beim Menschen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 44, H. 1/2, S. 94.

22. *Bonhoeffer, K.* (Berlin), Die Indikation zur ärztlichen Unterbrechung der Schwangerschaft bei psychischen Störungen. Berl. klin. Wschr. Nr. 1, S. 12.

23. *Bonhoeffer, K.* (Berlin), Über Tastlähmung. Sitzungsber. v. 12. XI. 1917. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E. Bd. 15, H. 4, S. 310.

24. *Bonhoeffer, K.* (Berlin), Partielle, reine Tastlähmung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 43, H. 3, S. 141.

25. *Bouman, H. H.*, Über eigentümliche Formen familiärer Psychosen. Psych. en neurol. Bl. Festbundel S. 135.

26. *Braun, Ludwig* (Wien), Über Trommelschlägelfinger. Med. Klinik Nr. 1, S. 3, Nr. 2, S. 37.

27. *Bresler, Joh.* (Lüben), Über Nirvanol nebst Mitteilungen von Selbstversuchen. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 15/16, S. 94.

28. *Bresler, Joh.* (Lüben), Über Merkweh. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 21/22, S. 129.



29. *Brunner, Hans* (Wien), Zur klinischen Bedeutung des BáránVschen Zeigeversuchs. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, H 1, S. 197.

30. *Bühler, K.* (München), Die geistige Entwicklung des Kindes. Jena, G. Fischer. 378 S. 10 M. (Referat *Ziehen* Deutsche med. Wschr. Nr. 38, S. 1057.)

31. *Bunse, P.* (Kennenburg-Weißenau), Die reaktiven Dämmerzustände und verwandte Übungen in ihrer Bedeutung als Kriegspsychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 40, H. 4/5. (S. 146*.)

32. *Cholzen, F.* (Breslau), Über Vorkommen und Bedeutung der Scapula scaphoidea. Berl. klin. Wschr. Nr. 40, S. 948.

33. *Christoffel, H.* (Zürich), Dial-Ciba und Dialcibismus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 43, H. 1/2, S. 49.

34. *Cimbal, W.*, Taschenbuch zur Untersuchung von Nervenverletzungen, Nerven- und Geisteskrankheiten. 3. Aufl. Berlin, J. Springer. 225 S. 7,60 M.

35. *Claparède, Ed.*, Des diverses catégories des tests mentaux. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 3, H. 1.

36. *Classen, K.*, Vererbung von Krankheiten und Krankheitsanlagen durch mehrere Generationen. Arch. f. Rassen- u. Ges.-Biologie Bd. 13, H. 1.

37. *Cox, W. H.*, Inquiétude périphérogène chez quelques aliénés. Hypothèse. Psych. en neurol. Bl. Festbundel, p. 200.

38. *de Crinis, Max* (Graz), Humoralpathologische und biochemische Studien zu den Wirkungen von Explosionen auf das menschliche Nervensystem. Arch. f. Psych. Bd. 59, H. 2/3, S. 988.

39. *Curschmann, H.* (Rostock), Therapeutische und toxische Wirkung des Nirvanols. Ther. Monatsh. H. 2.

40. *Deutsch, Felix*, Der Thermoreflex. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. (Festschrift Professor Obersteiner) Bd. 38, H. 2/3, S. 359.

41. *Diehl* (Zehlendorf-Berlin), Anwendung und Mißbrauch von Betäubungsmitteln im Kriege. Sitzungsber. (Zehlendorfer Lazarette 24. VII. 1918). Neurol. Zentralbl. Nr. 20, S. 704.

42. *Disselhorst* (Halle a. S.), Das Verhalten der Nervenzellen während der Lebensdauer und ihr Einfluß auf das Altern. Sitzungsber.: Münch. med. Wschr. Nr 35, S. 978.



43. *Dresel*, *Max* (Berlin), Mendels Vererbungsgesetze in der Pathologie. Virch. Arch. Bd. 224, H. 3.

44. *Dück*, *Joh.* (Innsbruck), Frauenschicksal — Völkerschicksal. Ztschr. f. Sexualwissenschaft Bd. 5, H. 3. (S. 144*.)

45. *Ebstein*, *Erich* (Leipzig), Aus Schönleins psychiatrischer Lehrtätigkeit in Würzburg. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 38, H. 3/4, S. 322. (S. 136*.)

46. *Elander*, *Gustaf*, Kasuistiskt bidrag till den reduplikativa paramnesien ev. till déjà-vu fenomenents Klinik (Kasuistischer Beitrag zur Klinik der reduplikativen Paramnesie bzw. des déjà-vu). Hygiea vol. 80, p. 181.

47. *Enge*, *Joh.* (Lübeck), Zum 25jährigen Amtsjubiläum von Direktor Dr. *Wattenberg*, Heilanstalt Strecknitz-Lübeck. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 23/24, S. 153.

48. *Ennulat*, *Arno*, Ein Beitrag zur Operationssucht bei Geisteskrankheiten. Inaug.-Diss. Königsberg.

49. *Fauser*, *A.* (Stuttgart), Kriegspsychiatrische und -neurologische Erfahrungen und Beobachtungen. Arch. f. Psych. Bd. 59, H. 1, S. 260. (S. 141*.)

50. *Felisch*, Neuordnung der Menschenliebe (Jugendpflege). Berlin, Mittler & Sohn. 167 S.

51. Festschrift zur Feier des 70. Geburtstages von Hofrat Professor Dr. Obersteiner. II. Teil. Schriftleitung Dr. *Otto Marburg*. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, H. 2 u. 3. Leipzig u. Wien, Franz Deuticke. 172 S.

52. *Finkelstein-Medynski*, *A.*, Selbstmord bei Frauen. Gaz. lekarska vol. 26. (Polnisch.)

53. *Fischer*, *Max* (Wiesloch), Briefgeheimnis und praktische Psychiatrie. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 74, H. 1/3, S. 136.

54. *Fischer*, *O.* (Prag), Raphael Schermann und das Problem der Gedankenübertragung. Sitzungsber. (Ges. d. Ärzte 1. III. 1918). Med. Klinik Nr. 34, S. 848.

55. *Flatau*, *Georg* (Warschau), Kursus der Psychotherapie und des Hypnotismus. Berlin, S. Karger. 176 S. 8 M.

56. *Flatau*, *G.* (Warschau), Über psychische Infektion. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 59, H. 5 u. 6.

57. *Flehme*, *Ernst*, Retrograde Amnesie nach Strangulation. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 148*.)



58. *Forel, August* (Chigny), Hygiene der Nerven und des Geistes. 5. Aufl. Stuttgart, E. H. Moritz. 348 S.

59. *Forel, August* (Chigny), Der Hypnotismus oder die Suggestion und die Psychotherapie. 7. Aufl. Stuttgart, F. Enke. 355 S.

60. *Fränkel, S.*, Praktikum der medizinischen Chemie einschließlich der forensischen Nachweise für Mediziner und Chemiker. Mit 38 Textabbild. u. 2 Taf. 448 S. 20,50 M. Berlin-Wien, Urban & Schwarzenberg. (S. 132*.)

61. *Friedländer, Erich* (Lemgo), Die Technik der intravenösen Injektionen. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 25, S. 161 u. Nr. 26, S. 169. (S. 142*.)

62. *Friedländer, R.* (Hohemark i. Taunus), Über Psychotherapie. Sitzungsber. (Berlin, 12. III. 1918): Münch. med. Wschr. Nr. 13, S. 357.

63. *Friedländer, R.* (Hohemark i. Taunus), Grundlinien der psychischen Behandlung. Eine Kritik der psychotherapeutischen Methoden. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 42, H. 1/2, S. 99. (S. 143*.)

64. *Fuchs, E.* (Wien), Über pathologische Mitbewegung der Lider. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, H. 1, S. 49.

65. *Fuchs, W.* (Emmendingen), Staat und Mensch. Leipzig, Repertorienverlag. 12 S. (S. 134*.)

66. *Galant, S.* (Rosegg), Der Rückgratreflex. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 2, H. 2, S. 305. (S. 149*.)

67. *Galant, S.* (Rosegg), Die Reflexe der Hand. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 43, H. 3/5, S. 260. (S. 149*.)

68. *Gaupp, R.* (Tübingen), Max Lewandowsky †. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 4, H. 1—3.

69. *Gaupp, R.* (Tübingen), Über die Neurosen und Psychosen des Krieges. (Fortbildungsvorträge, veranstaltet vom Landesverband f. d. ärztl. Fortbildungswesen in Bayern.) Sitzungsbericht vom 21. XI. 1917. Münch. med. Wschr. Nr. 18, S. 493.

70. *Gaupp, R.* (Tübingen), Von der Seelsorge des Arztes. Schwäbische Heimatgabe für Theodor Haering. Heilbronn, Eugen Salzer.

71. *Gerstmann, Josef* (Innsbruck), Ein Beitrag zur Lehre von der Lokalisation der Sensibilität in der Großhirnrinde. Neurol. Zentralbl. Nr. 13, S. 434.



72. *Gerstmann, Josef* (Wien), Reine taktile Agnosie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 44, H. 6, S. 329.

73. *Göppert, F.* (Göttingen), Über Euthanasie. Sitzungsbericht (Med. Ges. Göttingen 2. V. und 6. VI. 1918): Deutsche med. Wschr. Nr. 37, S. 1037.

74. *Goldstein, Kurt* (Frankfurt a. M.), Ludwig Edinger. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 44, H. 1/2, S. 114.

75. *Goldstein, Manfred* (Halle a. S.), Kriegserfahrungen aus dem Operationsgebiet über episodischen Bewußtseinsverlust. Arch. f. Psych. Bd. 59, H. 2/3, S. 713.

76. *Gregor, Adalbert* (Leipzig), Rassenhygiene und Jugendfürsorge. Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie Nr. 1. (S. 138*.)

77. *Gregor, A.*, und *Else Voigtländer*, Die Verwahrlosung, ihre klinisch-psychologische Bewertung und ihre Bekämpfung. Berlin, S. Karger. 585 S. 22 M.

78. *Groth, Alfred* (München), Neomalthusianismus. (Arbeiten der vom Ärztl. Verein München eingesetzten Kommission zur Beratung von Fragen zur Erhaltung der Volkskraft.) Münch. med. Wschr. Nr. 20, S. 537.

79. *Gruhle, Hans W.* (Heidelberg), Psychiatrie für Ärzte. (Fachbücher für Ärzte Bd. III.) Berlin, Jul. Springer. 296 S. 12 M.

80. *Gudden, Hans* (München), Erfahrungen mit Adalin. Ther. d. Gegenwart, Oktoberheft.

81. *Haecker, V.* (Halle a. S.), Eine medizinische Formulierung der entwicklungsgeschichtlichen Vererbungsregel. Deutsche med. Wschr. Nr. 5, S. 124.

82. *Haecker, V.* (Halle a. S.), Über Regelmäßigkeiten im Auftreten erblicher Normaleigenschaften, Anomalien und Krankheiten beim Menschen. Med. Klinik Nr. 40, S. 977. (S. 137*.)

83. *Hagedorn, Oswald* (Görlitz), Krankhafte Beharrlichkeit bei abnormen Selbstbeschädigungen. Deutsche med. Wschr. Nr. 16, S. 436.

84. *Hahn, K.* (Frankfurt a. M.), Medikamentöse Therapie bei Psychosen. Ther. Monatsh., Oktober-Nr.

85. *Hartmann, Fritz* (Graz), Die k. k. Nervenklinik Graz im Dienste des Krieges. Arch. f. Psych. Bd. 59, H. 2/3, S. 1162.

86. *Hauptmann, A.* (Freiburg), Diskussion zum Vortrag Trendelenburgs. Deutsche med. Wschr. 1918, S. 45. (S. 146*.)



87. *Haymann, Herm.*, Irrenärztliche Bemerkungen zu Heinrich Manns neuem Buch „Die Armen" (Kurt Wolffs Verlag, Leipzig 1917). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 39, H. 1/3, S. 225. (S. 143*.)

88. *Hegar, A.* (Wiesloch), Über abnorme Behaarung bei weiblichen Geisteskranken. Beitrag zur Geburtshilfe Bd. 19, Erg.-H. (S. 142*.)

89. *Hegar, Aug.*, und *Möckel, Wilh.* (Wiesloch), Darf man während einer Typhusepidemie die Schutzimpfung wahrnehmen? Münch. med. Wschr. Nr. 26, S. 695. (S. 142*.)

90. *Hellpach, Willy* (Karlsruhe), Die Kategorien der seelischen Abnormisierung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 43, H. 2, S. 95.

91. *v. Hentig* (München), Über den Einfluß klimatischer Elemente auf die Psyche der Soldaten im Orient. Münch. med. Wschr. Nr. 44, S. 1222.

92. *Heveroch, A.* (Prag), Über Störungen erlernter Fähigkeiten. Čas. česk, lék. vol. 57, p. 398. (Böhmisch.)

93. *Hinrichsen, Otto* (Basel), Demenz und Psychose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 39, H. 4/5, S. 377. (S. 139*.)

94. *Hirsch, Max* (Berlin), Die soziale und eugenetische Indikation für die Unterbrechung der Schwangerschaft. Deutsche med. Wschr. Nr. 5, S. 126.

95. *Hirschberg, E.* (Rostock), Der Umsatz verschiedener Zuckerarten im Stoffwechsel der nervösen Zentralorgane. Berl. klin. Wschr. Nr. 33, S. 792.

96. *Hirschberg, E.*, und *Winterstein* (Rostock), Über den Stickstoffumsatz der nervösen Zentralorgane. Berl. klin. Wschr. Nr. 33, S. 793.

97. *Hirschfeld, Magnus* (Berlin), Zwei neue Fälle von Geschlechtsberichtigung. Neurol. Zentralbl. Nr. 4, S. 138.

98. *Hirschfeld, Magnus* (Berlin), Ist die Homosexualität körperlich oder seelisch bedingt? (Eine Erwiderung zu Kraepelins Stellung zur Frage der Homosexualität.) *Kraepelin*, Bemerkungen zu vorstehender Erwiderung. Münch. med. Wschr. Nr. 11, S. 298/9.

99. *Hirschfeld, Magnus* (Berlin), Sexualpathologie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Studierende. II. Teil: Sexuelle Zwischen-



stufen (das männliche Weib und der weibliche Mann). Bonn, Marcus & Weber. 279 S.

100. *Hirschfeld*, *R.* (Charlottenburg), Aus der Praxis der sogenannten aktiven Psychotherapie. Med. Klinik Nr. 28, S. 687.

101. *Hirschlaff*, *Leo* (Berlin), Zur neueren Skopalaminforschung mit besonderer Berücksichtigung des Morphosan-Euscopol-Narkose-Gemisches. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 41, H. 1/3, S. 185.

102. *Hirschlaff*, *Leo* (Berlin), Gibt es eine Fliegerkrankheit? Berl. klin. Wschr. Nr. 15, S. 350. (S. 147*.)

103. *van der Hoeven*, *H. jun.*, Die Psychopathen im Heere. Ned. Tijdschr. voor Geneesk. vol. 62 (I), p. 158.

104. *Hoffmann*, *F. A.*, Zur Kenntnis des Achillessehnenreflexes. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 126, H. 3 u. 4.

105. *Hübner*, *A. H.* (Bonn), Über Wahrsager, Weltverbesserer, Nerven- und Geisteskankheiten im Kriege. Deutsche Kriegsschriften H. 26. Bonn, Marcus & Weber. 31 S. 1,50 M. (S. 132*.)

106. *Ilberg*, *G.* (Sonnenstein), Geisteskrankheiten. Bd. 151 der Sammlung „Aus Natur und Geisteswelt". Leipzig, Teubner. 130 S. 1,60 M. (S. 132*.)

107. *Jacob*, *Johannes*, Ein Beitrag zur Frage nach psychischen Rassenunterschieden. Inaug.-Diss. Leipzig.

108. *Jentsch*, *E.* (Obernigk), Hypnologisches und Hypnotherapeutisches. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 45, H. 4, 1918. (S. 147*.)

109. *Jörger*, *J.* (Waldhaus-Chur), Die Familie Markus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 43, H. 1/2, S. 76.

110. Journal für Psychologie und Neurologie Bd. 22, Ergänzungsheft 3. Herausgegeben von August Forel und Oskar Vogt, redigiert von K. Brodmann-Tübingen. Leipzig, Joh. A. Barth. 474 S., 4 Taf.

111. *Kafka*, *Victor* (Hamburg), Über den Wert der Lumbalpunktion, besonders in der kriegsneurologischen und psychiatrischen Praxis. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung, Maiheft, S. 17. (S. 142*.)

112. *Karplus*, *J. P.* (Wien), Über Gehirne menschlicher Zwillinge verschiedenen Geschlechts. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, H. 1, S. 79.



113. *Karplus, J. P.* (Wien), Über Sensibilitätsstörungen. Sitzungsbericht (V. f. Psych. u. Neurol., Wien, 12. II. 1918): Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E. Bd. 17, H. 1, S. 18.

114. *Kaupe, Walther* (Bonn), Einwirkungen des Krieges auf das Kind. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 60, H. 1—3.

115. *Kirchner, M.* (Berlin), Ärztliche Kriegs- und Friedensgedanken. Reden und Abhandlungen aus dem Weltkriege. Jena, G. Fischer. 305 S. 10 M.

116. *Kleist, K.* (Rostock), Zur Auffassung der subkortikalen Bewegungsstörungen (Chorea, Athetose, Bewegungsausfall, Starre, Zittern). Arch. f. Psych. Bd. 59, H. 2/3, S. 790.

117. *Klemensiewicz, Rudolf* (Graz), Zur Lehre vom Ödem. Arch. f. Psych. Bd. 59, H. 2/3, S. 842.

118. *Koeppe, L.* (Halle a. S.), Die Ursache der sogenannten genuinen Nachtblindheit. Münch. med. Wschr. Nr. 15, S. 392.

119. *Kollarits, Jenö* (Budapest), Traumassimilationen. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 23, H. 5/6.

120. *Kraepelin, E.* (München), Die Forschungsanstalt für Psychiatrie und die deutschen Irrenärzte. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 41/42, S. 265.

121. *Kraepelin, E.* (München), Hundert Jahre Psychiatrie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 38, H. 3/4, S. 161. (S. 136*.)

122. *Kraepelin, E.* (München), Geschlechtliche Verirrungen und Volksvermehrung. Münch. med. Wschr. Nr. 5, S. 117.

123. *Kraepelin, E.* (München), Ziele und Wege der psychiatrischen Forschung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 42, H. 3/5, S. 169.

124. *v. Krafft-Ebing* und *A. Fuchs* (Wien), Psychopathia sexualis. Mit besonderer Berücksichtigung der konträren Sexualempfindung. 15. Aufl. Stuttgart, F. Enke. 431 S. 16 M.

125. *Kratter, Julius* (Graz), Zur Psychologie und Psychopathologie des Selbstmordes. Arch. f. Psych. Bd. 59, H. 2/3, S. 484. (S. 145*.)

126. *Krehl, L.* (Heidelberg), Pathologische Physiologie. 9. Aufl. Leipzig, F. C. W. Vogel. 770 S. 26 M.

127. *Krekeler* (Leipzig-Dösen), Beiträge zur Kenntnis der Bazillenruhr (Dysenterie und Pseudo-Dysenterie) mit besonderer



Berücksichtigung der Schutzimpfung. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 15/16, S. 91 u. 17/18, S. 105. (S. 142*.)

128. *Kretschmer, Ernst* (Tübingen), Die Gesetze der willkürlichen Reflexverstärkung in ihrer Bedeutung für das Hysterie- und Simulationsproblem. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 41, H. 4/5, S. 354.

129. *Kreuser* (Winnental), Zur Frage der Kriegspsychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 74, H. 1/3, S. 113.

130. *Krueger, Herm.* (Berlin), Drei Beobachtungen einseitiger Pupillenstarre. Neurol. Zentralbl. Nr. 8, S. 276.

131. *Krueger, Herm.* (Berlin), Psychisches Werden und Vergehen. Zugleich ein Beitrag von den endogenen Psychosen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 44, H. 1, S. 1.

132. *Krüger, Theodor*, Über psychische Störungen bei Pneumonie. Inaug.-Diss. Kiel.

133. *Kutzinski, A.* (Berlin), Über Denkstörungen bei Geisteskranken. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 43, H. 5, S. 316; H. 6, S. 360.

134. *Landauer, Karl* (Heilbronn), Handlungen der Schlafenden. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 39, H. 4/5, S. 329. (S. 139*.)

135. *Lelewer, Hans* (Posen), Ein Fall von Transvestitismus mit starkem Abbau von Ovarium im Blutserum. Deutsche med. Wschr. Nr. 18, S. 490.

136. *Leschke, Erich* (Berlin), Über die Durstempfindung. Arch. f. Psych. Bd. 59, H. 2/3, S. 773.

137. *Lewin, James*, Repertorium d. Psychiatrie. Ein klinischer Leitfaden für Studierende und Ärzte. Leipzig, J. A. Barth. 179 S. 4,80 M.

138. *Majerus* (Hamburg), Klinische Erfahrungen mit Nirvanol. (Sitzungsbericht vom 15. X. 1918.) Deutsche med. Wschr. Nr. 52, S. 1455.

139. *Martius, Friedr.* (Rostock), Die Lehre von den Ursachen der Konstitutionspathologie. Deutsche med. Wschr. Nr. 17, S. 449 u. Nr. 18, S. 481.

140. *Mayer, K. E.* (Tübingen), Blücher in kranken Tagen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 74, H. 4—6, S. 323.

141. *Mayer, W.* (Heidelberg), Nicht luetisch bedingte reflektorische Pupillenstarre? Neurol. Zentralbl. Nr. 8, S. 274. (S. 147*.)



142. *Mayer*, *Wilhelm* (Tübingen), Bemerkungen eines Psychiaters zu den Angriffen auf die Psychiatrie in der neueren Literatur. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 44, H. 1/2, S. 106. (S. 143*.)

143. *Mendel*, *Kurt* (Berlin), Kriegsbeobachtungen. Fortsetzung (vgl. d. Ztschr. v. 1916 u. 1917). Neurol. Zentralbl. Nr. 8, S. 281.

144. *Mercklin*, *A.* (Treptow a. Rega), Über das Mißtrauen und den sogenannten Verfolgungswahn der Schwerhörigen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 74, H. 4—6, S. 410.

145. *Meyer*, *E.* (Königsberg i. Pr.), Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Psychosen (mit Einschluß der Hysterie und Neurasthenie). Med. Klinik Nr. 7, S. 153 u. Nr. 8, S. 180. (S. 144*.)

146. *Meyer*, *E.* (Königsberg i. Pr.), Psychosen und Schwangerschaft. (Sitzungsbericht nach dem offiziellen Protokoll v. 17. XII. 1917.) Deutsche med. Wschr. Nr. 19, S. 533. (S. 144*.)

147. *Meyer*, *E.* (Königsberg i. Pr.), Schwängerung Geisteskranker und künstlicher Abort. Sitzungsbericht: Deutsche med. Wschr. Nr. 25, S. 703.

148. *Meyer*, *E.* (Königsberg i. Pr.), Die Frage der Schwangerschaftsunterbrechung im Falle des § 176, 2 StGB. Arch. f. Psych. Bd. 59, H. 2/3, S. 610. (S. 144*.)

149. *Meyer*, *E.* (Königsberg i. Pr.), Die Grippeepidemie 1918. Deutsche med. Wschr. 1918, Nr. 5. (S. 147*.)

150. *Meyer*, *Semi*, Die Zukunft der Menschheit. Grenzfragen d. Nerven- u. Seelenlebens H. 104. Wiesbaden.

151. *Moeli*, *C.* (Berlin), Über Vererbung psychischer Anomalien. Deutsche med. Wschr. Nr. 25—27. (S. 138*.)

152. *Mörchen*, *Friedr.* (Wiesbaden), Die biologischen Schutzvorrichtungen bei den seelisch und nervös Unterwertigen. Deutsche med. Wschr. Nr. 43, S. 1195.

153. *Mohr* (Hamburg), Über die wissenschaftliche und praktische Bedeutung der Psychotherapie. Sitzungsbericht v. 13. III. 1918. Münch. med. Wschr. Nr. 13, S. 358.

154. *Morgenthaler*, *W.*, Die Grenzen der geistigen Gesundheit. Antrittsvorlesung in der Hochschule Bern. Schweizer Rundsch. f. Med. Bd. 18, 1918. (S. 139*.)



155. *Müller* (Bern), Begriff der Zellenerregbarkeit und seine Beziehung zu den psychischen Funktionen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 31.

156. *Müller-Lyer*, *F.* (München), Die Zähmung der Nornen. München, Albert Langen. 396 S. 7,50 M. (S. 133*.)

157. *Notkin-Monthey*, Die Grippe als auslösendes Moment von Psychosen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 50.

158. *Obersteiner*, *H.* (Wien), Die Neurologie in Wien vor 50 Jahren. Festschrift G. Anton-Halle. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 21/22, S. 131.

159. *Obersteiner*, *H.* (Wien), Grundzüge einer Geschichte des Vereins für Psychiatrie und Neurologie in Wien in den ersten 50 Jahren seines Bestehens. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 39. (S. 137*.)

160. *Oehring*, *Martin Kurt*, Geisteskrankheiten bei Militärpersonen im Mannesalter. Inaug.-Diss. Leipzig.

161. *Oppenheim*, *H.*, und *Schmidt*, *R.*, Die Sehnenreflexe mit besonderer Berücksichtigung des Erb-Westphalschen Phänomens nach biologisch-konstitutionellen Gesichtspunkten von Prof. Dr. R. Schmidt in Nr. 37 der Wochenschrift. Med. Klinik Nr. 43, S. 1068.

162. *Pankow*, *O.* (Düsseldorf), Die Bedeutung der psychogenen Kriegskomponente bei der Bewertung gynäkologischer Leiden. Deutsche med. Wschr. Nr. 13, S. 343 u. Nr. 14, S. 376. (S. 145*.)

163. *Peritz*, *G.* (Berlin), Zur Psychopathologie des Rechnens. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 61, H. 1—6.

164. *Pick*, *A.* (Prag), Beeinflussung des Denkens und Handelns durch das Sprechen (pseudo-ideatorische Apraxie). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 38, H. 5.

165. *Pick*, *A.* (Prag), Über Spiegelsprache und ihr nahestehende Erscheinungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 42, H. 3/5, S. 325. (S. 148*.)

166. *Piltz*, *J.* (Wien), Über homologe Heredität bei Zwangsvorstellungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1918, Orig.-Bd. 43, H. 1/2. (S. 145*.)

167. *Plaut*, *F.* (München), Psychiatrie und Schwangerschaftsunterbrechung. Münch. med. Wschr. Nr. 40, S. 1108. (S. 144*.)



168. *Reichardt*, *Martin* (Würzburg), Allgemeine und spezielle Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Zweite und vermehrte Auflage des Leitfadens zur psychiatrischen Klinik. Jena, G. Fischer. 605 S. 20 M. (S. 134*.)

169. *Reichardt*, *Martin* (Würzburg), Theoretisches über die Psyche. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 24, H. 5 u. 6, S. 168.

170. *Reichardt*, *Martin* (Würzburg), Zur Frage der pathologisch-anatomischen Grundlage der reflektorischen Pupillenstarre. Neurol. Zentralbl. Nr. 1, S. 7. (S. 148*.)

171. *Reichardt*, *Martin* (Würzburg), Hirnschwellung. (Vortr.: 2. Kriegstagung des D. V. f. Psych., 25. IV. 1918.) Eigenbericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E. Bd. 16, H. 3, S. 276,

172. *Reingardt*, *Arnold* (Halle a. S.), Ein Beitrag zur Kasuistik des Hermaphroditismus. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 21/22, S. 146.

173. *Ribbert*, *Hugo* (Bonn), Die Konstitution der Menschheit. Deutsche med. Wschr. Nr. 52, S. 1609.

174. *Ribbert*, *Hugo* (Bonn), Der Begriff der Krankheit. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 60, H. 1—3.

175. *Rieger* (Würzburg), Die Meßstange. Arbeiten aus der Psych. Klinik zu Würzburg, H. 9. Jena, G. Fischer. 47 S. 2,40 M. (S. 148*.)

176. *Riese*, *Walter* (Frankfurt a. M.), Psychische Störungen nach spanischer Grippe. Neurol. Zentralbl. Nr. 21, S. 706.

177. *Roese*, *K. H.* (Goddelau), Schlußurteile bei 750 im Vereinslazarett „Philippshospital" bei Goddelau behandelten psychischen und nervösen Erkrankungen. Klinik f. psych. u. nerv. Erkr., herausg. v. R. Sommer-Gießen, Bd. 10, H. 3, S. 141.

178. *Rosenfeld*, *M.* (Straßburg i. E.), Zur Methodik der Untersuchung auf Gleichgewichtsstörungen. Arch. f. Psych. Bd. 59, H. 1, S. 287.

179. *Rosenfeld*, *M.* (Straßburg i. E.), Demonstration von Cephalogrammen. (Vortr.: 43. Wandervers. Südwestd. Psych. u. Neurol., Baden-Baden, Mai 1918.) Eigenbericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E. Bd. 16, H. 5, S. 408. (S. 148*.)

180. *Rothfeld*, *J.* (Lemberg), Die Dorsalflexion der großen Zehe als Reaktion auf schmerzhafte Reize. (Bemerkungen zur Publi-



kation Dr. *Stähle*, Das Auftreten des Oppenheimschen Phänomens beim 5 Tage-Fieber und das Pseudo-Oppenheim-Phänomen, gl. Wschr. 1917, Nr. 44.) Münch. med. Wschr. Nr. 1, S. 21. (S. 148*.)

181. *Schallmeyer*, *W.* (München), Vererbung und Auslese. Grundriß der Gesellschaftsbiologie und der Lehre vom Rassendienst. 3. Aufl. Jena, G. Fischer. 522 S. 15 M.

182. *Schellenberg*, *G.*, Nirvanol, ein neues Schlafmittel. Deutsche med. Wschr. Nr. 4, S. 101.

183. *Scheminski*, *Ferd.* (Wien), Psychische Phänomene. (Jenseits der Grenzen menschlicher Sinne.) Wien. klin. Rundschau Nr. 35/36 u. 39/40.

184. *Schilder*, *Paul* (Hamburg), Gesichtspunkte zur allgemeinen Psychiatrie. Arch. f. Psych. Bd. 59, H. 2/3, S. 699.

185. v. *Schjerning*, *O.*, Kinder- und Jugendpflege und ihre Bedeutung für die Volks- und Wehrkraft. Deutsche militärärztl. Ztschr. H. 3/4, S. 41.

186. v. *Schleiß-Löwenfeld* (Gabersee), Verstopfung des Magens von Geisteskranken durch Fremdkörper. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 39, H. 4/5, S. 352. (S. 147*.)

187. *Schmidt* (Ohligs-Meerscheidt), Über Mekonal, ein Schlafmittel. Med. Klinik Nr. 38, S. 939.

188. *Schmidt*, *Adolf* † (Bonn), Nacht und Schlaf. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 60, H. 1—3.

189. *Schmidt*, *R.* (Prag), Die Sehnenreflexe mit besonderer Berücksichtigung des Erb-Westphalschen Phänomens von biologisch-konstitutionellen Gesichtspunkten. Med. Klinik Nr. 37, S. 889.

190. *Schultze*, *F. E. Otto*, Auf welchem Wege können wir in der Erforschung der Neurosen und Psychosen zu übersichtlicher Erkenntnis gelangen? (Vortr.: Wandervers. Südwestd. Neurol. u. Psych., Baden-Baden, Mai 1918.) Eigenbericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E. Bd. 16, H. 3, S. 265.

191. *Schulz*, *Hugo* (Greifswald), Rudolf Arndt und das biologische Grundgesetz. Greifswald, L. Bamberg. 42 S. 2,50 M. (Siehe auch Sitzungsbericht: Deutsche med. Wschr. Nr. 10, S. 277.)



192. *Schuster, Paul*, Das Nervensystem und die Schädlichkeiten des täglichen Lebens. 137 S. mit 16 Abbild. im Text. Zweite, neu durchgesehene Auflage. 1,50 M. Bd. 19 der Sammlung „Wissenschaft und Bildung". Verlag Quelle und Meyer, Leipzig. (S. 134 *.)

193. *Šerko, Alfred* (Graz), Über einen eigenartigen Fall von Geistesstörung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 44, H. 1/2, S. 21.

194. *Sernau, Wilhelm* (Halle a. S.), Zwei Fälle von Gehirnstörung bei Karotisverletzung. Sitzungsbericht: Münch. med. Wschr. Nr. 34, S. 946.

195. *Sichel, M.* (Frankfurt a. M.), Zur Ätiologie der Geistesstörung bei den Juden. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 43, H. 4, S. 246.

196. *Siebert, Harald* (Libau), Betrachtungen über den Selbstmord. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 43, H. 5, S. 296. (S. 145*.)

197. *Siebert, Harald* (Libau), Zur Frage der Linkshändigkeit. Berl. klin. Wschr. Nr. 51, S. 1220.

198. *Siemens, Hans Werner*, Über die Grundbegriffe der Vererbungslehre. Münch. med. Wschr. Nr. 50, S. 1402.

199. *Sommer, R.* (Gießen), Bericht über den Kurs der Elektro-Diagnostik und Elektrotherapie besonders für militärärztliche Zwecke in der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten in Gießen am Montag, den 2., und Dienstag, den 3. April 1917. Klinik f. psych. u. nerv. Krankh., herausg. v. R. Sommer-Gießen Bd. 10, H. 2, S. 102.

200. *Specht, G.* (Erlangen), Über sogenannte Moral insanity nach Gehirnerschütterung. Sitzungsbericht v. 29. XII. 1917. Med. Klinik Nr. 5, S. 125.

201. *v. Speyr, W.* (Waldau-Bern), Zwei Fälle von eigentümlicher Affektverschiebung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 43, H. 1/2, S. 147. (S. 147*.)

202. *Stangenberg, Emil*, Om Krigskador a röst-och talorganen. (Funktionelle Sprachstörung.) Hygiea vol. 79, p. 49.

203. *Steinach, E.*, und *Lichtenstern, R.* (Wien), Umstimmung der Homosexualität durch Austausch der Pubertätsdrüsen. Münch. med. Wschr. Nr. 6, S. 145.




204. *Stern, E.* (Hamburg), Der Begriff und die Untersuchung der „natürlichen" Intelligenz. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 46, H. 4, S. 182. (S. 143*.)

205. *Stiefler, Georg* (Innsbruck), Über Psychosen und Neurosen im Kriege (I, II u. III). Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 37, H. 3 u. Bd. 38, H. 1 u. 2.

206. *Stransky, E.* (Wien), Krieg und Geistesstörung. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 77 S. 3,75 M. (S. 140*.)

207. *Stransky, E.* (Wien), Ausnahmezustand und Normalseelenzustand. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 43, H. 3/5, S. 351.

208. *Stransky, E.* (Wien), Angewandte Psychiatrie. Motive und Elemente zu einem Programmentwurf. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 74, H. 1/3, S. 22.

209. *v. Strümpell, A.*, Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. Bd. II (im Text: Krankheiten des Nervensystems. Red.). 20. Aufl. Leipzig, C. F. M. Vogel. 973 S. 15 M. (Referat H. Curschmann-Rostock: Münch. med. Wschr. Nr. 8, S. 218.)

210. *Stuchlik, Jaroslav* (Wien), Die Duboissche Persuasion. Čas. česk. lék. (Böhmisch.)

211. *Stuurman, F. J.* (Meerenburg), De tuberculose sterfte in onze Krankzinnigengestichten. Ned. Tijdschr. voor Geneeskunde. H. 1, Nr. 24, S. 1631.

212. *Supheert* und *van Voorthuijsen*, Ein Fall von Psychopathie. Pais vol. 1, p. 97.

213. *Tetzner, Rudolf* (Schkeuditz), Neurologie und Psychiatrie. (Ärztliche Bücherei für Fortbildung und Praxis Bd. 5.) Leipzig, Buchhandlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands. 168 S. 5 M. (S. 135*.)

214. *Tiling, E.* (Jena), Erfahrungen mit dem neuen Schlafmittel „Nirvanol". Therap. Monatshefte, November. (S. 143*.)

215. *Tramer* (Münsingen), Beitrag zur Frage der postoperativen Psychosen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 8. (S. 145*.)

216. *Uhlmann, Fr.*, Mobilisationspsychosen in der Schweizerischen Armee. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 11, S. 345.

217. *Urbantschitsch, Victor*, Über Störungen des Gedächtnisses infolge von Erkrankungen des Ohres. Berlin-Wien, Urban & Schwarzemberg. 49 S.



218. *Vaerting, Mathias*, Wechseljahre und Altern bei Mann und Weib. Neurol. Zentralbl. Nr. 9, S. 306.

219. *Veraguth, O.* (Zürich), Über die Rückenreflexe beim Menschen. Neurol. Zentralbl. Nr. 7, S. 250.

220. *Voß, G.* (Düsseldorf), Über eine Unterscheidung organischer und funktioneller Nervenkrankheiten. Vortrag in einem militärärztl. Fortbildungskurse. Berl. klin. Wschr. Nr. 6, S. 131.

221. *de Vries Reilingh, D.* (Gent), Die Blutdruckmessung. Ihre Technik und praktische Verwertung für Ärzte und Studierende. (Übersetzt von L. L. Kleintjes.) München, Müller &Steinicke, 172 S.

222. *Wagner v. Jauregg, J.* (Wien), Kriegsneurologisches und Kriegspsychiatrisches. Fortbildungsvortrag, Wien 14. X. 1918. Wien. med. Wschr. Nr. 43.

223. *Weber, L. W.* (Chemnitz), Psychische Störungen bei der Grippe-Epidemie. Deutsche med. Wschr. Nr. 52.

224. *Weichardt, Wolfgang* (Würzburg), Über Proteinkörpertherapie. Med. Klinik Nr. 24, S. 599. (S. 142*.)

225. *Westphal, A.* (Bonn), Über familiäre Myoklonie und über Beziehungen derselben zur Dystrophia adiposo-genitalis. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 58. (S. 141*.)

226. *Wimmer, August* (Kopenhagen), Hukommelsestab og Dobbeltbevidsthed. Kopenhagen, G. E. C. Gad. Referat: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E. Bd. 17, H. 1, S. 2.

227. *Winterstein, Hans* (Rostock), Der Stoffwechsel der nervösen Zentralorgane. Münch. med. Wschr. Nr. 47, S. 1312. (S. 142*.)

228. *Wohlgemuth, Heinrich*, Retrograde Amnesie nach Blutverlust. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 148*.)

229. *Wollenberg, R.* (Straßburg i. E.), Schwangerschaftsunterbrechung bei psychischen Krankheiten. Arch. f. Gynäkologie Bd. 107, H. 2.

230. *Zander, R.* (Königsberg), Vom Nervensystem, seinem Bau und seiner Bedeutung für Leib und Seele im gesunden und kranken Zustand. Aus Natur- und Geisteswelt Bd. 48. Leipzig, Teubner. 134 S. 1,50 M. (S. 135*.)

231. *Ziegler, E.* (Stuttgart), Die Vererbungslehre in der Biologie und in der Soziologie. (10. Schlußteil des Sammelwerkes: Natur und Staat.) Jena, G. Fischer. 480 S. 20 M.



232. *Ziehen, Th.* (Halle a. S.), Die Prinzipien und Methoden der Intelligenzprüfung. 4. Aufl. Berlin, S. Karger. 111 S. 2,80 M. (S. 136*.)

233. *Ziehen, Th.* (Halle a. S.), Einige Ergänzungen zu den Methoden der Intelligenzprüfung. Arch. f. Psych. Bd. 59. H. 2/3. S. 493.

234. *Zimmermann, Richard*, Eiweißspaltgifte. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 74, H. 4—6, S. 363.

Fränkel (60) hat ein Praktikum der medizinischen Chemie herausgegeben, das den Mediziner beim Arbeiten im Laboratorium unterstützen soll. Es setzt natürlich eine ausreichende Kenntnis der theoretischen und praktischen Chemie voraus, bringt aber die für das Arbeiten in Kliniken notwendigen Methoden in so klarer Weise, daß das Buch sich in den Laboratorien bald Eingang verschaffen wird Viele Abbildungen, die den Aufbau der Apparate wiedergeben, unterstützen die theoretische Darstellung. Es werden nicht nur die schwierigeren analytischen Methoden beschrieben, die einen größeren technischen Apparat erfordern, sondern auch die einfacheren Methoden zur Untersuchung des Harnes, des Blutes, der Fäzes, der Milch und des Magensaftes. Ein besonderes Kapitel ist der forensischen Chemie gewidmet. Dabei hat der Verfasser Wert darauf gelegt, nur solche Methoden zu beschreiben, die mit nicht allzu großen Hilfsmitteln eines Laboratoriums auszuführen sind. Das Buch ist kein Handbuch, das alle gebräuchlichen Methoden darstellt und eine Kritik der Methoden gibt, sondern es sind nur die bewährtesten und die am leichtesten durchführbaren wiedergegeben. Gerade dies wird dem Mediziner, der nach seinen eigenen praktischen Zwecken arbeiten will, das Buch besonders angenehm machen.

Hübner (105) bespricht im 26. Heft der Deutschen Kriegsschriften, wie der Aberglaube während des Krieges zugenommen hat, und wie diejenigen, welche der Neigung des Volkes, sich dem Aberglauben hinzugeben, ausnutzen, meistens geistig abnorme Menschen sind und bewußt auf einen Betrug ausgehen. Er warnt vor den Phantasten und Weltverbesserern, die ebenfalls durchweg Grenzfälle im psychiatrischen Sinne sind, aber wenigstens zum Teil moralisch einwandfreie Naturen sind, deren Trieb, in der Öffentlichkeit bekannt zu werden, vielfach nur ihrer krankhaften Eigenliebe entspringt. Die Schrift soll im allgemeinen als Warnung dienen, sich den mehr oder weniger bewußt als Volksbetrüger auftretenden Personen hinzugeben. Die Lebensbeschreibung einzelner von ihnen, namentlich die des berüchtigten Rasputin, veranschaulichen die Skizzierung ihrer Gemeingefährlichkeit.

Das letzte Kapitel über die Geistes- und Nervenkrankheiten gibt die hierüber im Kriege gewonnenen günstigen Erfahrungen wieder.

Ilberg (106). Von *Ilbergs* Abhandlung, die „Geisteskrankheit", die in der Sammlung „Aus Natur und Geisteswelt" erschienen ist, ist eine zweite Auflage nötig geworden. Sie ist um die Schilderung der Psychopathien vermehrt, während die Krankengeschichten vermindert sind. Diese Verminderung ist eigentlich zu



bedauern; denn Krankengeschichten tragen vielfach zur Veranschaulichung der geschilderten Krankheiten bei.

Es ist immer ein gewagtes Unterfangen, medizinische Dinge volkstümlich zu beschreiben und der Allgemeinheit verständlich zu machen. Namentlich stellen die Geisteskrankheiten ein schwer zu behandelndes Gebiet dar. *Ilberg* ist aber der Aufgabe gewachsen gewesen; das lehrt ein Durchlesen seines Werkes und wird ferner dadurch bewiesen, daß in verhältnismäßig kurzer Zeit eine Neuauflage notwendig geworden ist. Die Allgemeinheit verlangt geradezu eine gemeinverständliche Darstellung psychischer Störungen. Denn es gibt kaum ein Gebiet sozialer Betätigung, in dem es nicht zum mindesten wünschenswert ist, Kenntnis von diesen Vorgängen zu haben. Aber auch in der Kunst und Literatur wird das Interesse an psychischen Störungen immer größer. *Ilberg* hat sich deshalb ein großes Verdienst mit der Schaffung dieses Bändchens erworben. Vielleicht hätte es dem Zwecke des Büchleins aber mehr gedient, wenn der Verfasser noch mehr sich über die Behandlung der Geisteskrankheiten geäußert hätte und eine kurze Beschreibung einer neuzeitlichen Heil- und Pflegeanstalt mit ihren Werkstätten, landwirtschaftlichen Betrieben usw. angefügt hätte, damit dem Mißtrauen gegen die Anstalten auch auf diesem Wege entgegengetreten wäre.

Fr. Müller-Lyer (156) läßt unter dem Titel „Die Zähmung der Nornen" einen sechsten Band seiner Gesellschaftslehre, die die Entwicklungsstufen der Menschheit schildert, erscheinen. Dieser Band behandelt die Zuchtwahl und das Bevölkerungswesen und ist eine Fortführung der vorangegangenen Bände, die in den Untergruppen „Liebe", „Ehe, Eheschließung", „Soziale Stellung der Frau", „Die Familie" das gesamte Geschlechtsverhältnis und die Familie behandelt haben. Unter den Nornen versteht der Verfasser drei gewaltige Einflüsse, die wie die Schicksalsschwestern in der germanischen Sage das Geschick des werdenden Menschen bestimmen, die Zuchtwahl, die Erziehung und die Erbfolge. Die beiden letzten Schicksalsmächte sollen in dem noch folgenden Bande behandelt werden.

In dem ersten Teile des vorliegenden Bandes, der den Titel „Soziologie der Zuchtwahl" führt, wird der große Stoff in seiner geschichtlichen Entwicklung, die von den Erscheinungen in der Urzeit bei den Herdenaffen ihren Anfang nimmt, betrachtet. Dabei werden alle mit dem Werden und Vergehen des Menschengeschlechtes im Zusammenhang stehenden Fragen so eingehend besprochen, und es wird eine solche Fülle von Tatsachen angeführt, daß dies Buch auf das beste geeignet erscheint, in diesen Zweig der Kulturwissenschaften einzuführen.

In dem zweiten Teile, der „Soziologie des Bevölkerungswesens", wird das Werden der Volksgemeinschaften im Anschluß an die Entwicklungsepochen der Kultur geschildert. Solche Zeitabschnitte sind die des „Werkzeugs und Feuers", die der „Erfindung künstlicher Nahrungsquellen", die der „internationalen Arbeitsteilung". Auch hierbei wird eine Fülle von Hinweisen und Tatsachen gegeben, so daß man mit steigender Spannung weiterliest.

Seine Schlußbetrachtungen und die Besprechung der Wege, die eine Besserung des augenblicklichen Zustandes bringen könnten, sind von einer frischen Hoffnungsfreudigkeit beherrscht. Dies alles und die gemeinverständliche Abfassung des Werkes lassen es wünschenswert erscheinen, daß es weit in das Volk eindringen möge.

Walter Fuchs (65). Eine gedankenreiche, äußerst anregende und flotte Schrift, die zeigt, wie die Menschen beschaffen sein müssen, die einen Staat schaffen und erhalten. Mit Wehmut erkennt man, wie sehr es uns Deutschen an diesen Voraussetzungen fehlt. Sollte sich wirklich auch bei uns eine seelische Neuorientierung einstellen, die sich nach Bismarcks Wort richtet: „Ich pfeife auf Europa und auf alle Verträge, wenn es das Wohl meines Vaterlandes gilt"? Bei der glorreichen Revolution, die das unterste zu oberst gekehrt und Deutschland wirklich genügend durcheinandergeschüttelt hat, ist kein Staatsgenie zum Vorschein gekommen und hat sich keine Sinnesänderung gezeigt. Möchte diese Schrift von *Fuchs* dazu beitragen. Sie verdient eine weite Verbreitung im Volke.

Reichardts (168) Lehrbuch erscheint in zweiter, zum Teil weitgehend umgearbeiteter Auflage. Es ist nach des Verfassers Vorwort für den Lernenden in der Psychiatrie und nicht für den bereits „Geübten", „den psychologisch Geschulten" geschrieben und nimmt eine angenehme Mittelstellung zwischen den Handbüchern oder größeren Lehrbüchern und den kleinen Kompendien ein. Es ist ein Buch, das in erster Linie auf den praktischen Zweck, den Anfänger zu unterrichten, eingestellt ist. Deshalb ist der Verfasser durchweg, namentlich aber bei der Schilderung der einzelnen Krankheitsgruppen, bestrebt, nur das Wesentliche herauszuarbeiten und dies auch schon durch stärkeren Druck aus der übrigen Schrift herauszuheben und immer wieder differentialdiagnostische Hinweise und Vergleiche zu geben. Diese Heraushebung aus der Schrift erleichtert auch die Übersicht sehr.

Aus dem Inhalt sei hervorgehoben, daß ein besonderes Kapitel der Untersuchung auf Geisteskrankheit gewidmet ist. Bei der Hilflosigkeit, in der Anfänger im Fach immer wieder vor einem Kranken stehen und mit seinem Verhalten, seinem Reden oder Schweigen nichts anfangen können, sei gerade dies Kapitel ihnen zur Anleitung empfohlen. Denn die knappe, aber doch alles Wichtige wiedergebende Form ist sehr zur Unterweisung geeignet und läßt das Geschick des Verfassers im Unterrichten erkennen. Ebenso wird in dem Kapitel „Behandlung" die Erwähnung mancher sonst vielfach für selbstverständlich gehaltener Anweisungen sicherlich vielen Anfängern ganz angenehm sein. Diesem Kapitel ist ganz kurz eine Besprechung der wichtigsten Paragraphen aus dem Straf- und dem bürgerlichen Gesetzbuch beigefügt.

Aus dem speziellen Teile sei bei der Kürze eines Referates nur hervorgehoben, daß *Reichardt* die Dementia praecox für manchen Fachgenossen etwas zu eng und die Paranoia etwas zu weit faßt. Durchweg erkennt man in dem Lehrbuche die persönliche Stellung des Verfassers zu vielen theoretischen Fragen, z. B. in seiner Betonung der engen Beziehungen zwischen der Psychiatrie zum Hirn und zur Hirnwissenschaft. Diesen in der Würzburger Klinik besonders gepflegten Bestrebungen ist ein eigenes Kapitel gewidmet. Ebenso innig sind aber die Beziehungen zur Neurologie und inneren Medizin klargelegt.

Schusters (192) Buch über das Nervensystem und die Schädlichkeiten des täglichen Lebens erscheint in zweiter Auflage. Es ist aus Vorträgen entstanden, die vor einem aus Laien zusammengesetzten Publikum gehalten wurden. Die großen Schwierigkeiten, die eine gemeinverständliche Darstellung medizinischer Tatsachen



und Vorgänge bietet, sind von *Schuster*, dem gründlichen Fachkenner, auf das beste überwunden. Das Buch ist sehr anregend geschrieben, bringt eine Fülle von Tatsachen, die einen jeden Laien interessieren, so daß das Büchlein überall Anklang finden wird.

Schuster gibt zunächst eine durch Abbildungen unterstützte Schilderung vom Bau und den Funktionen des Nervensystems, bespricht die Veranlagung und Belastung, die Bedeutung und Wirkung eines Reizes und geht dann über zur Schilderung der so äußerst mannigfachen Schädlichkeiten, denen das Nervensystem im Laufe des Lebens ausgesetzt sein kann. Zunächst finden die Schädlichkeiten allgemeiner Art, wie Kälte und Hitze, die Lebensweise, Erkältung, Klima, Luftdruck, Abhärtung usw. Erwähnung, und zwar nicht nur die unwillkürlich einwirkenden, sondern auch die mit der bewußten Absicht einer Behandlung verabfolgten Reize. Besonders erwähnt wird die Syphilis. Ein drittes Kapitel ist der Einwirkung von Giften aller Art gewidmet, auch dem Tabak, dem Alkohol und dem Morphium. Dann folgt der Einfluß von Verletzungen und Unfällen auf das Nervensystem, wobei die Epilepsie, Hysterie, Neurasthenie und die hypochondrischen Wahnvorstellungen besonders geschildert werden. Die beiden letzten Kapitel behandeln die Einwirkung geistiger Vorgänge auf körperliche Funktionen, den Einfluß, den Affekte im allgemeinen schon für das normale Leben haben und die Schädigungen, die nach schweren Affekten entstehen können. Ferner werden Suggestionen und die geistigen Epidemien, der Spiritismus und die Gesundbeterei, dann die Berufsschädlichkeiten, der Druck strenger Disziplin, die körperlichen Überanstrengungen, die Auswüchse des Sports und die mancherlei Schädlichkeiten des Großstadtlebens besprochen.

Tetzner (213) hat in der ärztlichen Bücherei für Fortbildung und Praxis eine Abhandlung über Neurologie und Psychiatrie herausgegeben, die als Leitfaden für solche Ärzte gedacht ist, die sich schnell über die wichtigsten Kapitel der Neurologie und Psychiatrie orientieren wollen. Der Verfasser denkt dabei namentlich an die notapprobierten jungen Kollegen. Der Leitfaden bringt in einem allgemeinen Teile eine genaue Übersicht über die notwendigsten Untersuchungsmethoden, und im speziellen Teil die Schilderung der wichtigsten Krankheiten. Auch dem psychiatrischen Teile geht eine allgemeine Abhandlung über die Untersuchung eines Geisteskranken und über die psychischen Symptome voraus. Krankengeschichten veranschaulichen die Ausführungen. Das Verzeichnis und die Erklärung wichtiger Symptome und Symptomenkomplexe in ihrer wissenschaftlichen Bezeichnung wird den jüngeren Kollegen auch sehr angenehm sein. Das Buch wird seinen Zweck erfüllen und kann mit Recht empfohlen werden.

Auch *Zanders* (230) Schrift „Vom Nervensystem" erscheint in neuer, der dritten Auflage. Entsprechend den Änderungen in den wissenschaftlichen Anschauungen seit der zweiten Auflage sind einige Änderungen notwendig geworden; doch fallen sie wenig ins Gewicht. Die durch den Krieg bedingten Verhältnisse haben eine Vergrößerung des Umfanges nicht zugelassen. Es ist dies zu bedauern; denn der Verfasser hat den schwierigen Stoff in gemeinverständlicher Weise so gut dargestellt, daß auch für den Fachmann das Buch von Wert ist. Es ist recht gut

geeignet, als Nachschlagewerk zu dienen, wenn man sich z. B. schnell über die Auslegung bestimmter Begriffe, wie Instinkt, Gefühl u. a. m. unterrichten will. Der Verfasser bespricht zunächst den Bau des Nervensystems und die nervösen Vorgänge, dann die Leistungen des Nervensystems, namentlich die Leistungen der Großhirnrinde, ferner die Krankheiten und zum Schluß die Hygiene des Nervensystems.

Ziehen (232) gibt seinen Leitfaden über die Intelligenzprüfungen in vierter Auflage heraus. Sie enthält gegenüber der dritten einige Ergänzungen. Das Buch ist zu bekannt, als daß es noch einer Empfehlung bedürfte. Es ist zu einem unentbehrlichen Hilfsmittel geworden, zu dem nicht nur die Anfänger in der Psychiatrie, sondern auch ältere und erfahrenere Ärzte gern greifen. Doch muß man ihm eine noch sehr viel weitere Verbreitung wünschen; denn einmal wird eine genauere und auf wissenschaftlichen Grundsätzen sich aufbauende Untersuchung der Intelligenz im allgemeinen noch recht wenig geübt, und zweitens findet man kaum eine so eingehende und wissenschaftlich belegte Zusammenstellung der Intelligenzmethoden wieder. Ein recht scharfes Urteil fällt *Ziehen* über die Methode *Binet-Simon*. Ob mit vollem Recht, sei dahingestellt. Denn wenn man den großen Fehler der Methode, die auf den Einzeltypus keine Rücksicht nimmt, in Abrechnung bringt, kann sie zur ungefähren Beurteilung der Stufenfolge der intellektuellen Entwicklung doch wohl dienen.

Bleuler (19). Kurze Würdigung *Forels* als Wissenschaftler und Mensch.

Ebstein (45) berichtet über *Schönleins* psychiatrische Lehrtätigkeit auf Grund von Aufzeichnungen seines Zeitgenossen *Horn*.

Kräpelin (121) hat die in der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie veröffentlichte Schrift „Hundert Jahre Psychiatrie" als Sonderheft herausgegeben, um sie einem weiteren Kreise, Ärzten und auch Laien, zugänglich zu machen. Es ist dies außerordentlich zu begrüßen. Denn die Kenntnis der Entwicklung der Irrenpflege kann nur zum Guten für die Beurteilung unseres Standes und unserer Krankenanstalten sein. Man sieht, mit welchem heißen Bemühen die alten Ärzte oder vielmehr diejenigen, die sich der Behandlung der Kranken annahmen, bestrebt waren, den Kranken zu dienen. Denn es waren nicht immer eigentliche Ärzte, die in der Irrenpflege tätig waren, da entsprechend den Anschauungen über die Entstehung und das Wesen der Geistesstörungen sich auch Theologen und Philosophen für berechtigt zum Urteil über geistige Erkrankungen hielten und den Ärzten dies Recht absprachen. So hat die Irrenbehandlung im engen Zusammenhang mit Zeitströmungen und wissenschaftlichen Anschauungen einen Werdegang durchgemacht, in dem bald moralisierende, bald philosophische, den Unterschied und den Zusammenhang zwischen Leib und Seele erörternde, bald die ärztliche Krisenlehre oder humoralpathologische Anschauungen maßgebend waren. Die Behandlung der Kranken war eine grausame; aber es bestand kein böser Wille, und sie stellte einen beträchtlichen Fortschritt gegenüber der Zeit dar, in der die Kranken in den Zucht- und Tollhäusern schmachteten.

Kräpelin schildert diesen Werdegang in glänzender Weise. Möge sein Wunsch, durch die Verbreitung dieser geschichtlichen Darstellung zur Bekämpfung des Mißtrauens gegen die Anstalten beizutragen, in Erfüllung gehen.



Obersteiner (159) schildert das Werden und Wirken des Vereins für Psychiatrie und Neurologie in Wien und bringt damit gleichzeitig eine Geschichte des Irrenwesens in Österreich in den letzten 50 Jahren.

Haecker (82). Besprechung der Frage, inwieweit und unter welchen Umständen auch für die Eigenschaften des Menschen, für die normalen Merkmale sowohl wie für die erblichen Anomalien und Krankheiten, eine regelmäßige Übertragungsweise nach Art der *Mendel*schen nachgewiesen werden kann. Wie kommt es, daß einmal eine angeborene Anomalie oder Krankheit kontinuierlich in aufeinanderfolgenden Generationen unter vollkommen gleichen Erscheinungen wiederkehrt und in anderen Fällen eine Übertragung auch wohl erkennbar ist, aber doch in der Form der Störung, in dem Träger und in dem Verhalten zu anderen Erscheinungen so vielfach Unregelmäßigkeiten ausgesetzt ist. Eine Lösung dieser Frage sieht *Haecker* in der entwicklungsgeschichtlichen Betrachtung der Eigenschaften des Organismus, wobei die Entwicklungsfaktoren wenn möglich bis auf die Eigenschaften des befruchteten Eies und der Keimzellen zurückverfolgt werden. Hierbei lassen sich solche Merkmale unterscheiden, die sich frühzeitig selbständig und ohne größeren Zusammenhang mit anderen Teilen und Eigenschaften des Organismus entwickeln und solche, die enge und mannigfache Beziehungen unterhalten und nur auf Grund dieser Beziehungen sich entwickelt haben. *Haecker* formuliert nun folgende entwicklungsgeschichtliche Vererbungsregel: „Merkmale mit einfach-verursachter, frühzeitig autonomer Entwicklung weisen klare Spaltungsverhältnisse auf. Merkmale mit komplex-verursachter, durch Korrelationen gebundener Entwicklung zeigen, wenn zwei Varianten durch Amphimixis zusammengeführt werden, stets größere oder kleinere Abweichungen vom *Mendel*schen Schema: Unregelmäßige Dominanz- und Zahlenverhältnisse, große Variabilität der Nachkommen, und falls es sich um einfache Anomalien handelt, vielfach Gleichzeitigkeit und Alternanz mit anderen Anomalien." So folgt reiner Albinismus sehr genau dem *Mendel*schen Schema. Nicht ganz reiner Albinismus mit korrelativen Beziehungen zeigt einen unregelmäßigen Vererbungsmodus. Beim Menschen kommen beide Fälle vor. Wenn bei einer auf vielfache Beziehungen begründeten Entwicklung ein einzelner Faktor sich in autoritativer Weise heraushebt, überwiegt wieder der *Mendel*sche Vererbungstypus, z. B. bei der Kurzgliedrigkeit und Vielfingrigkeit. Bei den Drehbewegungen der japanischen Tanzmaus handelt es sich nicht um eine einfach verursachte, entwicklungsgeschichtlich selbständige Anomalie; deshalb treten bei Kreuzungen mit nicht tanzenden Rassen nicht die klaren Spaltungserscheinungen auf. Für die eigentlichen Krankheiten gilt nach *Haecker* der Satz, daß eine Krankheit dann eine regelmäßige Vererbungsweise zeigt, wenn sie auf ein Organ oder Organteil von stark ausgeprägter Minderwertigkeit lokalisiert ist, und wenn die Organanomalie ihrerseits einem regelmäßigen Vererbungsmodus folgt. Hierin rechnet *Haecker* die Übertragung bösartiger Neubildungen, auch unter Umständen die Tuberkulose, die Arteriosklerose und das peptische Magengeschwür. Bei den Anomalien des Blutdrüsensystems überwiegt der unregelmäßige Vererbungstypus; doch kommt auch hier eine regelmäßige Übertragungsweise vor, z. B. bei der *Friedreich*schen Krankheit. Bei der Frage nach den inneren Beziehungen



zwischen Entwicklung und Vererbungsmodus kommt *Haecker* zu der Ansicht, daß Erschütterungen des Keimplasmas mehr universeller und labiler Art vorkommen können, in deren Gefolge verschiedenartige Degenerationserscheinungen namentlich in Form von Entwicklungshemmungen auftreten, welche ein vom Individuum zu Individuum wechselndes Bild zeigen, im allgemeinen von Generation zu Generation zunehmen, aber auch bei Eintritt günstiger Außenbedingungen auf Grund eines natürlichen Erholungsvermögens des Keimplasmas wieder rückgängig gemacht werden können.

Gregor (76). In einer sehr lesenswerten Arbeit bespricht der Verfasser die rassenhygienischen Gesichtspunkte, die sich ihm aus der Beobachtung einer großen Zahl von Fürsorgezöglingen für die Bekämpfung der Verwahrlosung ergeben. Bedeutungsvoll ist hierfür die Tatsache, daß bei der Ursache der Verwahrlosung das endogene Moment und vor allen Dingen die erbliche Belastung eine überzeugende Rolle spielt. Geradezu jeder Fall von Verwahrlosung ist erblich belastet. Hierbei tritt aber die geschwisterliche Belastung gegenüber der elterlichen, direkten zurück und ebenso Geisteskrankheit, Selbstmord, Nervenleiden gegenüber Trunksucht, Verbrechen, abnormem Charakter und liederlichem Lebenswandel. Es sind also bestimmte Charaktereigenschaften, die in erster Linie die Belastung bei der Verwahrlosung ausmachen. Es ergibt sich ferner eine tatsächliche Wesensverwandtschaft zwischen Eltern und Nachkommenschaft, und als Grundlage der Verwahrlosung ist eine bestimmte Charakterartung anzusehen. Dies folgt auch aus der geschwisterlichen Belastung und aus den Beobachtungsergebnissen anderer Untersucher. Bei der Bekämpfung der Verwahrlosung bieten sich Verbrechen und Trunksucht als nächstes Ziel. Doch kann nur der degenerative Trunksüchtige und Verbrecher, bei dem die besondere Anlage schon frühzeitig sich geltend macht, als rasseschädigend angesehen werden. Da diese Individuen aber auch von der Fürsorgeerziehung ergriffen werden, ist eine rassenhygienische Einstellung der die Fürsorge ausübenden Organe notwendig. Bei dem degenerativen Verbrecher muß das auch von dem Richter gefordert werden. Bei dem durchgreifendsten Mittel der Sterilisation fehlt es heute noch an der in genügendem Maße angestellten Gegenprobe. Die moralische Abartung beschränkt sich vorwiegend auf einzelne Nachkommen. Auch muß auf die Tatsache der Regeneration Rücksicht genommen werden. Dagegen verspricht sich *Gregor* besseren Erfolg durch Erfüllung einer Forderung auf „Prüfung der Erblichkeitskonstellation vor Eingehen einer Ehe", zu der als erster Schritt das von der Rassenhygiene angeregte System der Verteilung von Merkblättern an Heiratskandidaten durch den Standesbeamten bei dem Aufgebot anzusehen ist.

Moeli (151) gibt zunächst einen ausführlichen Überblick über die bisherige Entwicklung der Vererbungslehre und zeigt dann, welche Schwierigkeiten bei der Klarlegung der Verhältnisse im einzelnen bestehen. Der Begriff „psychopathische Konstitution" ist genauer zu umgrenzen und auseinanderzutrennen je nach seiner Zugehörigkeit zur manisch-depressiven oder zur schizophrenen Anlage. Der präpsychotische Zustand des Erkrankten muß besser kennengelernt werden, um z. B. die erst im späteren Lebensalter einsetzenden Auffälligkeiten im Charakter be-



urteilen zu können. Ob eine konstitutionelle Anomalie sich nur bei äußeren Anlässen bemerkbar macht oder dauernd besteht, ist verschieden zu bewerten. Für die ärztliche Beratung Ehewilliger über die Vererbungsmöglichkeiten ergibt sich nur eine beschränkte Grundlage; namentlich wird es noch lange nicht möglich sein, „das biologische Horoskop des einzelnen Zukunftsmenschen zu stellen". Die prognostische Begrenzung reicht von der Vermutung zu starker Gefährdung bis zu der entfernten Möglichkeit einer Gefährdung überhaupt. Es stehen nur gewisse Unterschiede in der Vererbung der Schizophreniegruppe und der affektiven Psychosen fest. Für diese letzteren ist häufiger eine direkte und gleichartige Vererbung festgestellt. Bei der Schizophrenie ist eine mannigfaltigere Belastung anzunehmen. Manisch-depressive Nachkommen von Schizophrenen werden kaum angetroffen.

Hinrichsen (93). In einer gedankenreichen, aber schwer lesbaren Arbeit geht *Hinrichsen* den Unterschieden zwischen einer organischen Demenz und der Demenz nach, wie sie sich bei der Schizophrenie findet, und zeigt, wie eine scharfe Trennung zwischen organischer und schizophrenischer Demenz nicht möglich ist. Denn auch bei einer Schizophrenie kommt es zu einer Reduktion der seelischen Leistungsfähigkeit im ganzen. Eine organische Demenz macht psychogene Störungen unmöglich und kann zu ihrer Heilung führen, während der Schizophrene psychogenen und reaktiven Störungen unterworfen sein kann; denn er ist erhöht psychisch empfindlich. Er kann auch je nach den Situationen wieder regen Anteil an den Vorgängen in der Umgebung nehmen. Der Schizophrene kann aber auch psychisch unempfindlich geworden sein. In den psychotischen Erscheinungen kann ein Selbsterhaltungsbestreben des Organismus zum Ausdruck kommen. Auch Demenz, zu der es nicht unmittelbar vom Prozeß aus kommt, läßt sich als ein Mittel auffassen, das der Organismus anwendet, um sich gegen vollständige Aufreibung durch seelische Aufregung zu schützen.

Landauer (134). Unter Prüfung der Reaktionen auf äußere Reize, sowohl auf solche, die Reflexbewegungen zur Folge haben, und auf solche, die nicht in gebahnten Wegen verlaufende Bewegungen bedingen, wie Hautreize, thermische Reize, Gehörreize, wird der Schlafzustand einer Analyse unterzogen und dabei festgestellt, daß der Schlaf eine Zielhandlung ist, die allerdings wenn nötig jederzeit aufgegeben werden kann, und daß der Schlafende logisch und willensstark zu handeln vermag, daß seine Bewegungen zweckmäßig und ohne Störung verlaufen. Der Schlaf ist also keine Bewußtseinsstörung, sondern *Landauer* analysiert ihn als eine Aufteilung der Persönlichkeit, mit einem Schlaf-Ich und einem Wach-Ich. Das Schlaf-Ich spaltet ferner noch ein Traum-Ich ab, das die Strebungen des Tages fortführt. Es ist dem Schlaf-Ich unterworfen, das, um die Ruhe aufrechtzuerhalten, die Strebungen sich in Vorstellungen befriedigen läßt. Das gelingt nicht immer; es erfolgt dann mehr oder weniger völlige Besitznahme des Körpers durch das Traum-Ich (Traumhandlungen, Traum- und Terminerwachen). Das Wach-Ich hält soweit wie möglich die Reize der Außenwelt fern, wehrt sie, wenn angängig, ab (Abwehrhandlungen, Flucht) oder weckt, wenn Gefahr zu drohen scheint, das Schlaf-Ich.

Morgenthaler (154). Es gibt keine allgemeingültige Definition für das, was wir geistige Gesundheit nennen. Weder läßt sich eine bestimmte Grenze feststellen,

noch sind der Durchschnitt des geistigen Lebens, die Harmonie, die Leistungsfähigkeit, die Anpassungsfähigkeit usw. allgemein gültige Kriterien. Der einzelne Fall aber läßt sich meist ohne allzu große Schwierigkeiten abgrenzen nach der Formel: Geistig gesund ist derjenige, bei dem sich keine geistige Erkrankung nachweisen, d. h. keine Diagnose stellen läßt. Es gibt kein einziges Symptom, dessen Vorhandensein oder Fehlen eine Geisteskrankheit diagnostizieren oder ausschließen läßt. Im einzelnen wird die Abgrenzung bei angeborenem Schwachsinn (Verhältnisblödsinn), Dementia senilis, progressiver Paralyse, Alkoholismus, Epilepsie, manisch-depressivem Irresein, Dementia praecox, Hysterie, Paranoia, bei den Psychopathien und den originären Krankheitszuständen besprochen und zum Schluß die Grenzbereinigungen, die der Krieg auf psychiatrischem Gebiete veranlaßt hat und das Verhältnis von Genie und Irrsinn kurz gestreift, wobei die Behauptung von der krankhaften Anlage des Genies abgelehnt wird: „das Genie muß im Gegenteil im innersten Kern ganz besonders widerstandsfähig, d. h. gesund sein, um den hohen Anforderungen, die an seine Psyche gestellt werden, genügen zu können.“

(Eigenbericht.)

Bichlmayr (12). Verschiedene Krankheitsbilder, die bestätigen, daß es eigentche Kriegspsychosen nicht gibt.

Stransky (206). Unter dem Titel „Krieg und Geistesstörung“ bespricht *Stransky* im Sinne seiner Bestrebungen von der „angewandten Psychiatrie“ eine große Anzahl von Tatsachen und Erscheinungen, die ein allgemeines Interesse beanspruchen und deren Erörterung deshalb auch nicht allein für die Fachgenossen bestimmt ist. Die Schrift ist während des heißen Völkerringens entstanden, zur Zeit als die Mittelmächte auf der Höhe ihrer Erfolge standen und ein Gedanke an ein Ende, wie wir es erlebt haben, noch bei niemandem auftauchen konnte. Leider, leider hat selbst so ein geschulter Psychologe, wie der Verfasser es ist, sich in dem Allerwichtigsten des Krieges, in der Frage, auf welcher Seite die gesunderen Nerven waren, so bitter getäuscht. Damals konnte er noch das Hohelied des Deutschtums singen; es wird lange, lange dauern, bis die Psychose, die Deutschland ergriffen hat, wieder abgeklungen sein wird. Aber *Stranskys* Erörterungen behalten doch ihren bleibenden Wert, wenn auch vielleicht nicht ein jeder ihm in dem zustimmen wird, was er über den Grund des Deutschenhasses, über die andere Wirkung des „deutschen Schulmeisters, dieses das Volksganze durchdringenden seelischen Elementes, welches sich in einzelnen Personen und Ständen lediglich besonders verkörpert, und das eigentlich jeder Deutsche in sich hat“, sagt. Aber was *Stransky* sonst noch zu sagen hat über die „Psychologie und Psychopathologie der Kriegsausbruchszeit“, „über die Legendenbildungen“, „über die Einzelseele und ihr inneres Erleben in den Jahren vor dem Kriege und um die Zeit des Kriegsausbruchs“, über den „Krieg und die psychopathisch Veranlagten in Feld und Hinterland“, über „die Seele des Kriegsteilnehmers an der Front“ und schließlich über den „Krieg als Verursacher psychischer und nervöser Störungen“ wird nicht nur allgemeines Interesse, sondern auch allgemeine Zustimmung finden.

Anton (4). Unter diesem Titel faßt *Anton* drei Vorträge zusammen, die er im letzten Kriegsjahre gehalten hat. Er zeigt die innigen Wechselbeziehungen zwischen



Geist und Körper, ohne die „keine Menschenkenntnis, keine Selbsterkenntnis, keine Lebenskunst der Gesunden, keine erfolgreiche Behandlung der Kranken" möglich ist, durch die wir auch auf unsere Mitmenschen einwirken und deren Einfluß unterliegen. In dem zweiten Vortrage wird dieser Gedanke, „die geistige Wechselwirkung beim menschlichen Zusammensein und die Psychologie der Masse" unter Zugrundelegung so mancher Beispiele aus den Kriegsjahren weiter erörtert; während der dritte Vortrag ebenfalls unter Hinweis auf die Wechselwirkung zwischen Geist und Körper eugenetische Erfordernisse bespricht, die für Vermehrung und Höherzüchtung unserer Rasse erfüllt sein müssen.

Fauser (49). Wiedergabe der im Laufe des Kriegs gewonnenen Erkenntnisse und Anschauungen über gewisse psychopathologische Zustände. Bei der Hysterie ist die Verschiebung des Verhältnisses von „Konstitution" und „Trauma", von „endogen" und „exogen" zugunsten des Traumas und des Exogenen festzustellen. Zurzeit überwiegt das „stärkere" Geschlecht bei Erkrankungen an Hysterie. Mit dieser Verschiebung hängt auch die bessere Prognose zusammen. Der Krieg hat die altbekannte ungeheuere Vielgestaltigkeit der hysterisch-psychotischen Symptome nicht nur bestätigt, sondern anscheinend noch erheblich vermehrt. Den hysterischen Erscheinungen liegt eine Spaltung der zusammengesetzten einheitlichen Persönlichkeit durch ein gefühlsstarkes Ereignis, einen „psychischen Katalysator", Hervorhebung einzelner der so gebildeten Bruchstücke, entsprechende Vernachlässigung, Verdrängung der anderen auf Grund des *Wundt*schen Prinzipes der Kompensation der Funktionen zugrunde. In zahlreichen unter Erscheinungen der Katatonie verlaufenden Erkrankungen, die später ausheilten, hat *Fauser* mittels des *Abderhalden*schen Verfahrens eine Störung in der Tätigkeit innerer Drüsen nachweisen können. Er gebraucht für diese Erkrankungen den Namen „dysglanduläre" Psychosen. Es kann also der innersekretorische Apparat oder Teile von ihm durch psychische Einflüsse zur Dysfunktion gebracht werden, und dies kann psychische Störungen bedingen. Der serologische Befund veranlaßt *Fauser* auch anzunehmen, daß unter den Fällen, die unter der Flagge der „angeborenen Psychopathie", „Degeneration", „endogener Nervosität", „hysterischer Anlage" usw. gehen, viele Fälle von rudimentären Psychosen verlaufen. Ähnliches gilt auch für die Epilepsie und die mit epileptischen Erscheinungen einhergehenden Erkrankungen an Dementia praecox.

A. Westphal (225). Familiäre Myoklonie bei zwei Schwestern, von denen die eine außerdem noch eine der Dementia praecox ähnliche Erkrankung zeigte. Die Schwestern stammten aus einer psycho- und neuropathisch schwer belasteten Familie. Bei beiden Beginn der Zuckungen im 18. Lebensjahr. Kurze, blitzartige klonische Zuckungen in bestimmten Muskeln; bei der einen Schwester während der jahrelangen Beobachtung rechtsseitig im Mundfazialis, Platysma, Sternocleidomastoideus, Quadriceps femoris und ohne deutlichen Bewegungserfolg; bei der anderen im Supinator longus, Platysma und einigen Gesichtsmuskeln, anfangs nur links, später auf die rechte Seite übergehend und auch den Sternocleidomastoideus, Bizeps, die Zunge und die Bauchmuskeln ergreifend und nach und nach in den verschiedensten Gelenken der Arme und Beine ungeordnete Beuge- und Streckbewegungen verursachend, so daß das Gehen und Hantieren der Kranken schließlich



fast unmöglich wurde. Bei beiden Schwestern Überlagerung mit hysterischen Erscheinungen. Bei der ersten Schwester traten im Laufe der Zeit auf der erkrankten rechten Körperseite ausgesprochene spastische, auf eine organische Erkrankung hinweisende Erscheinungen auf; bei der anderen Schwester bestanden diese nur in einer mit einem tonischen Zustande einhergehenden Abduktion der kleinen Zehe beim Bestreichen der Fußsohle. Bei beiden Schwestern jahrelanges Ausbleiben der Menstruation und zum Teil ganz enormer Fettansatz. Abhängigkeit des Fettansatzes von dem Auftreten und Verschwinden der Menstruation. Keine epileptischen Anfälle wie bei dem *Unverricht*schen Typus der Myoklonie. Doch ist in der Familie Epilepsie heimisch. Kein Verlauf in drei Phasen, wie dies *Lundberg* und *Raktenwald* beschreiben. Keine Beziehungen zu der *Huntington*schen Chorea. Die spastischen Erscheinungen lassen anatomische Untersuchungen der Pyramidenbahnen erforderlich erscheinen. Die näheren Beziehungen zwischen den Erscheinungen der Dystrophia adiposogenitalis zu dem myoklonischen Symptomenkomplex können noch nicht klargestellt werden.

Weichardt (224). Übersicht über die seit Jahren von ihm angestellten Versuche über die parenterale Einverleibung von Eiweiß und Eiweißspaltprodukten.

Winterstein (227) hat den Stoffwechsel der nervösen Zentralorgane am freigelegten und in einer Sauerstoffatmosphäre aufgehängten Rückenmark des Frosches studiert und festgestellt, daß die Nervenzentren der Sitz lebhafter Stoffwechselvorgänge sind, die im wesentlichen Oxydationsprozesse sind, oder mit solchen verbunden sind, und an denen Zucker, Fette, Lipoide und Eiweißkörper Anteil nehmen. Die einzelnen Substanzen sind in recht verschiedenem Maße an der durch die Nerventätigkeit bedingten, ziemlich bedeutenden Steigerung des Stoffumsatzes beteiligt.

Hegar (88). Untersuchungen über abnorme Behaarung bei weiblichen Geisteskranken. Krankengeschichten und Abbildungen. Bei allen Kranken regelmäßige Menstruation. Der Bartwuchs der Frau kann nicht mit einer Störung der Sekretion der Keimdrüsen in Verbindung gebracht werden. Behandlung der Hypertrichosis mit Ovarialpräparaten ist zwecklos.

Friedländer (61). Besprechung der Schwierigkeiten, die eine intravenöse Injektion machen kann.

Kafka (111) gibt eine ausführliche mit zahlreichen Literaturangaben versehene Übersicht über die mit der Lumbalpunktion gemachten Erfahrungen und fügt eigene Befunde bei, die die Notwendigkeit der Untersuchung der Rückenmarksflüssigkeit belegen.

Hegar und *Möckel* (89) kommen in dieser für die Irrenanstalten so außerordentlich wichtigen Frage zu folgenden Ergebnissen: Die Schutzimpfung kann ohne Schaden während einer Typhusepidemie vorgenommen werden. Es ist wahrscheinlich, daß durch diese Schutzimpfung eine Milderung und Abkürzung der Epidemie erreicht wird. Zur Sicherung der Diagnose auf Typhus bei Geimpften kann auch die Temperaturkurve der fieberfreien Zeit noch beitragen; es sind daher die Messungen nicht zu früh abzubrechen.

Krekeler (127) berichtet über eine Ruhrepidemie in der Heil- und Pflegeanstalt Leipzig-Dösen, bei der eine Schutzimpfung gute Dienste getan hat.



Tiling (214) berichtet über das neue Schlafmittel Nirvanol, mit dem er gute Wirkung erzielt hat. Dosen 0,25–0,3 und bei größerer Unruhe 05–1,0. Leichte kumulative Wirkung.

Bleulers (18) Schrift ist im Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie erschienen. Dadurch wird sie leider nur einem kleinen Teile der deutschen Psychiater zugänglich werden. Die anregend geschriebene Schrift legt nicht nur den Wert der psychologischen Betrachtung der psychotischen Erscheinungen in Hinsicht auf ihre Entstehung, Behandlung und Beurteilung ihrer Zukunft sehr anschaulich dar, sondern zeigt auch, wie sehr unser ganzes normales Leben von affektiven Regungen beeinflußt wird, und wie der von ihm als autistisch bezeichnete Denkvorgang nicht allein in der Psychopathologie eine Rolle spielt, sondern auch die Regungen der Massen beherrscht und in den Mythologien, den Märchen, in vielen Volksanschauungen und Gebräuchen sich nachweisen läßt. Gegenüber der praktischen Psychologie tritt die Psychologie der Philosophie mit allen ihren erkenntnistheoretischen Erörterungen weit zurück, und die moderne Psychologie greift weit über das Gebiet der Medizin hinaus.

Stern (204). Die bisherigen Untersuchungsmethoden sind unzureichend; denn sie berücksichtigen nicht die Fähigkeit zur Betätigung im praktischen Leben. *Stern* gibt nun eine Reihe von Aufgaben, die diese „praktische Intelligenz" zu prüfen gestatten, und die zum Teil deutliche Unterschiede gegenüber der „theoretischen Intelligenz" erkennen lassen.

Friedländers (63) Arbeit ist ein Ergebnis seiner psychotherapeutischen Kriegserfahrungen. Sie ist aus einem Vortrag herausgewachsen, und man kann *Friedländer* nur dankbar sein, daß er seine Erfahrungen allen Psychiatern zugänglich gemacht hat. Denn die Psychotherapie liegt noch recht im argen. Wenn auch die geschlossenen Anstalten nicht das eigentliche Feld für die Psychotherapie darstellen, so dürfte sie doch manchmal auch hier mehr getrieben werden und ein Versuch gemacht werden, dem Gebaren und den Äußerungen der Kranken näher auf den Grund zu gehen. Hoffentlich trägt *Friedländers* Arbeit hierzu bei.

Wilhelm Mayer, Tübingen (142) nimmt zu den Angriffen auf die Psychiatrie in der neueren Literatur kritisch Stellung und findet, daß auch die Psychiater eine gewisse Schuld trifft, weil sie sich in der Beurteilung mancher Erscheinungen in Literatur und Kunst oft zu sehr von ihrem psychiatrischen Empfinden aus haben leiten lassen.

Haymann (87) weist die Verunglimpfungen des irrenärztlichen Standes zurück, die sich der Romanschriftsteller Heinrich Mann in seinem neuen Werke „Die Armen" hat zu schulden kommen lassen. Es ist unerhört, wie leichtfertig ein im allgemeinen angesehener Schriftsteller mit der Ehre eines anderen Standes umgeht. Wenn auch für alle einsichtigen Leser des Romans die Art der Verunglimpfung, die jede Kenntnis der tatsächlichen Verhältnisse vermissen läßt und anscheinend Hintertreppenromanen entnommen ist, sich selbst richtet, so findet doch bei manchem nicht kritisch veranlagten Leser — und diese pflegen in der Mehrzahl zu sein — das Mißtrauen gegen die Irrenärzte und die Irrenanstalten eine neue Begründung. Deshalb kann man *Haymann* sehr dankbar für seine Abwehr sein.

Dück (44). In einem sehr lesenswerten und warmherzig geschriebenen Artikel werden die Physiologie und Statistik der Eheschließung und unter der Überschrift „Vererbung und Nachwuchs" die Schädigungen besprochen, die namentlich der Alkoholismus und die Syphilis für die Volksgesundheit nach sich ziehen.

E. Meyer (145). *Meyers* Artikel ist die Ausarbeitung eines im Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg am 17. XII. 1917 gehaltenen Vortrags (146).

Nach einer Erörterung über allgemeine statistische Verhältnisse und über die Einteilung der Generationspsychosen, wobei *Meyer* wieder den Satz bestätigt, daß es eine Puerperalpsychose spezifischer Art nicht gibt, bespricht er die einzelnen Krankheitsbilder auf ihre Bedeutung für die Frage des künstlichen Abortes, wobei er sich an die Einteilung der Psychosen und Psychopathien auf Grund der Heidelberger-Illenauer Bearbeitung anschließt. Unter den angeborenen Anlagen und konstitutionellen Zuständen wird der Eifersuchtswahn besprochen. Wiederholtes Auftreten von Eifersuchtswahn kann bei seiner Gefährlichkeit eine Anzeige zum künstlichen Abort geben. Manisch-depressives Irresein hat *Meyer* selten beobachtet. Ein engerer Zusammenhang der Anfälle mit der Gravidität ergibt sich nicht. Eine Anzeige für den künstlichen Abort ist nicht gegeben. Ein großer Teil der während der Schwangerschaft vorkommenden Depressionszustände gehört zu den psychogenen Depressionen der Psychopathen. Sie steigern sich selten zu einem Grade, der den künstlichen Abort notwendig erscheinen läßt. Der neurasthenische und der hysterische Typus der psychopathischen Konstitution geben keinen Anlaß zum künstlichen Abort. Ebensowenig der angeborene Schwachsinn und die Paralyse und die symptomatischen Psychosen, die bei exogenen Schädigungen, namentlich bei Infektionskrankheiten, auftreten. Auch die Dementia praecox entwickelt sich unabhängig von der Generationstätigkeit und wird auch nicht durch sie beeinflußt. Eher scheint dann die Unterbrechung der Schwangerschaft angezeigt, wenn eine Frau, die schon einmal in einer Generationsphase eine Dementia praecox durchgemacht hat, wieder schwanger wird und wieder Zeichen einer beginnenden geistigen Erkrankung bietet. Der künstliche Abort kommt also bei den eigentlichen Psychosen ganz außerordentlich selten in Frage; am ehesten ist er bei den schweren Fällen von psychopathischen Depressionen angezeigt.

E. Meyer, Königsberg (148). Besprechung der Frage, ob bei einer außerehelich geschwängerten geisteskranken Person die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft ausgeführt werden darf. *Meyer* will diese Fälle denen von Notzucht gleichsetzen und wünscht, daß entsprechend dem Vorentwurf zum schweizerischen Strafgesetzbuch auch im deutschen Recht derartige Frauen hinsichtlich der Unterbrechung der Schwangerschaft bessergestellt werden.

Plaut (167) nimmt in der Frage der Unterbrechung der Schwangerschaft entsprechend dem allgemeinen Standpunkte eine große Zurückhaltung ein. Nur bei gewissen toxischen, nervösen Störungen, die in enger Beziehung zur Schwangerschaft stehen, ferner bei multipler Sklerose und bei den schweren Formen der Chorea gravidarum läßt er eine gewisse Anzeige zur Unterbrechung der Schwangerschaft gelten.



O. Pankow (162) zeigt an zahlreichen Fällen, wie gynäkologische Beschwerden auf psychische Störungen zurückzuführen sind und mit der Besserung der Stimmungslage, dem Fortfallen von allerlei Angstvorstellungen und Befürchtungen wieder schwinden. Der Kriegsamenorrhöe liegen in erster Linie psychische Ursachen zugrunde.

J. Pilcz (166) beschreibt vier Fälle von Zwangsvorstellungen, bei denen bei einem der Eltern, zuweilen auch bei einem der Großeltern und bei den Geschwistern ähnliche, teilweise auch symptomatisch genau gleiche Zwangsvorstellungen bestanden hatten, bei denen er also eine familiäre Veranlagung zu Zwangsvorstellungen annehmen muß. Sie stellen eine endogene Anomalie dar und müssen als Ausdruck einer anormalen familiären Konstitution aufgefaßt werden und nicht als Folge irgendwelcher äußerer Einflüsse im Sinne von moralischen oder sexuellen Konflikten, die in der Kindheit eingewirkt haben. Der angeborenen Prädisposition kommt ganz allgemein beim Zustandekommen von Zwangserscheinungen eine viel größere Bedeutung zu als den äußeren Reizen. Zwangserscheinungen kommen nur bei denjenigen Personen zum Vorschein, die mit der Anlage zu ihrer Entstehung schon auf die Welt gekommen sind.

Siebert (196) hat 73 Fälle von Selbstmord auf die psychische Entstehung dieser Tat untersucht. Das Material ist hauptsächlich der konsultativen Praxis entnommen, betrifft alle Stände und enthält Angehörige aller Volksstämme, die in dem Wirkungsbereich des Verfassers leben. Bei fast allen Selbstmördern konnte eine Geistesstörung als Ursache der Tat festgestellt werden. Bei den übrigen war aber zur Zeit der Tat auch eine krankhafte Seelenveränderung sehr wahrscheinlich. In erster Linie betrafen diese Fälle den Alkoholismus, zu denen Delirium tremens gekommen war; oder es waren Fälle, die mit zerebraler Syphilis, mit Tabes und mit Epilepsie verbunden waren. Bei zwei an konstitutioneller Syphilis leidenden Selbstmördern war eine psychische Störung nicht nachzuweisen; ebenso läßt sich die Tat bei zwei an zerebral-syphilitischen Affektionen leidenden Selbstmördern nur durch die Annahme erklären, daß „durch den veränderten Gehirnzustand die Triebhandlungen der Kranken eine ungeahnte und unvorhergesehene Richtung erhalten haben". Bei einigen Psychopathen war der Unterschied zwischen Ursache und Wirkung auffallend. Ein Selbstmord ereignete sich in einem manischen Erregungszustande; die veranlassende Ursache ließ sich nicht sicher feststellen. Dasselbe gilt von der Amputation des Penis mit einer stumpfen Handsäge bei einem paranoischen Kranken. 5 Selbstmorde ereigneten sich bei der Paralyse, 30 bei der „Melancholie" und 19 bei der Dementia praecox, bei denen die Zahl der Russen sehr überwog und bei denen das Triebhafte die Hauptursache bildete.

Kratter (125). Beiträge zur Klärung des Selbstmordproblems unter Anführung vieler Beispiele.

Tramer (215) berichtet über zwei Fälle von Psychosen nach Operation. Es handelt sich um zwei Frauen, von denen die eine an einer Blinddarmentzündung und die andere an einer Struma mit Stenosenerscheinungen erkrankt war. Bei beiden erbliche Belastung und psychische Auffälligkeiten im Vorleben. Ausbruch der Psychose 5 und 6 Tage nach der Operation. Im ersten Falle zunächst eine



„Amentia", also ein exogener Reaktionstypus nach *Bonhoeffer*, und dann ein manisches Bild mit katatonen Zügen und Gehörshalluzinationen; danach Heilung. Im zweitenFalle gleich eine starke katatone Erregung mit Übergang in einen leichten Defektzustand, der aber schon vor der Operation bestand. Infektiöse oder toxische Vorgänge werden nicht angenommen.

Blume (20). Schilderung einer seit 20 Jahren bestehenden, bis fast in das kindliche Alter zurückreichenden Erkrankung bei einem Mädchen, die in periodisch auftretenden, formal und inhaltlich gleich gerichteten Verwirrtheitszuständen besteht und bei der Wahnvorstellungen und phantastische Erlebnisse geschildert werden, die als ein Gewebe von Traumerinnerungen, echten Erinnerungsfälschungen, Phantasielügen im Sinne der Pseudologia phantastica und einfachen Renommistereien aufzufassen sind. Die Erkrankung ist wahrscheinlich als epileptische Störung zu deuten.

Bunse (31). Besprechung von in Form von Dämmerzuständen, Affektausbrüchen und pathologischen Rauschzuständen auftretenden kurz dauernden Seelenstörungen, die Verfasser während seiner Tätigkeit in einem Kriegslazarett beobachtet und zum Teil begutachtet hat. Indem er der Entwicklung dieser Störungen nachgeht, stellt er fest, daß einmal eine „krankheitsreife" Psyche und zweitens als unmittelbar auslösende Ursache ein Emotionsschock für ihre Entstehung notwendig ist. Diese Vorbereitung der Psyche ist in der Mehrzahl der Fälle durch eine endogen nervöse oder allgemein psychopathische Veranlagung gegeben, zu der aber vielfach wiederum zunächst in längerer Dauer einwirkende emotionelle oder andere erschöpfende Einflüsse kommen müssen. Diese Einflüsse können aber auch bei von Haus aus ganz vollwertigen und nervengesunden Menschen die Psyche „krankheitsreif" machen. Dann kann man nicht von rein psychogenen Störungen sprechen, sondern muß eine vorübergehende Störung im Haushalte des Gehirns annehmen, die eine plötzliche Herabsetzung der seelischen Widerstandsfähigkeit nach sich zieht. Für besonders bedeutungsvoll halte ich die Feststellung des Verfassers, daß es eine isolierte Erschöpfung des Gehirns gibt, bei der alle körperlichen Erscheinungen neurasthenischer Art fehlen können, und deren einziges Kennzeichen nur die psychopathologische Krankheitsbereitschaft ist. Als auslösender Emotionsschock kann jedes beliebige, stark affektbetonte Erlebnis wirken. Besondere und kennzeichnend verlaufende Krankheitsbilder werden nicht dadurch ausgelöst, ebenso wie es keine eigentliche Kriegspsychose gibt. Die Erschöpfung allein macht nicht psychisch krank. Aber auch ein einmaliger Schock ruft bei einer völlig intakten Psyche keine Erkrankung hervor. Zahlreiche Krankengeschichten belegen die Ausführungen.

Hauptmann (86) bespricht in der Diskussion zum Vortrag Prof. *Trendelenburgs* in der Freiburger medizinischen Gesellschaft am 25. VI. 1918 den Übertritt von Hexamethylentetramin in den Liquor als einer der wenigen Substanzen, die überhaupt bei interner oder intravenöser Applikation die Plexuszellen passieren. Salvarsan dringt nur in geringen Quantitäten in den Liquor. Versuche, die desinfizierende Wirkung des Hexamethylentetramins bei Meningitis auszunutzen, scheiterten. Er hat es nach Lumbalpunktionen angewandt, um den Meningismus hintanzuhalten, in der Annahme, daß eine Konzentrationsänderung des Liquor infolge Über-



tritts des Hexamethylen die Plexuszellen zu stärkerer Sekretion anregen könnte, wodurch das Minus an Liquor wieder ausgeglichen würde. Zum Teil hatte das Mittel Erfolg.

Hirschlaff (102) bestreitet auf Grund von Beobachtungen, die er an über 1000 Fliegern gemacht hat, das Bestehen einer Fliegerkrankheit. Alle Erscheinungen, die vorkommen, werden auch sonst beobachtet und fallen unter den Begriff der Höhenkrankheit. Am häufigsten finden sich Störungen auf nervösem Gebiete, neurasthenische Erscheinungen, sexuelle Impotenz, frühes Ergrauen der Haare, Urindrang, Überempfindlichkeit gegen die Geräusche des Motors, Verlust des Gleichgewichtsgefühls. Die Erscheinungen bildeten sich bald wieder zurück. Selbst nach größeren Unfällen bestanden keine Erscheinungen, die über die traumatische Neurasthenie hinausgingen.

Jentsch (108) bespricht kritische Einwände gegen die Hypnose, schildert ihren Verlauf, ihr Wesen und gibt Hinweise zur Beurteilung des hypnotischen Zustandes. Viele Beispiele zeigen die gute Wirkung der Hypnose bei neuropathischen und psychopathischen Beschwerden.

W. Mayer (141) veröffentlicht aus der psychiatrischen Klinik in Heidelberg die Krankengeschichte eines Unfallkranken, bei dem die Pupillen eng, ungleich und vollkommen lichtstarr waren, während auf Konvergenz eine deutliche Reaktion eintrat. Keinerlei Anhaltspunkte für Syphilis oder Alkoholismus. Die Ungleichheit der Pupillen bestand nach Angabe des Mannes schon seit der Kindheit. Neuritis optica unbekannter Herkunft ließ sich nicht sicher ausschließen, war aber unwahrscheinlich.

E. Meyer (149) bespricht die bei einer Grippeepidemie beobachteten Psychosen. Im ganzen 14 Fälle; sie traten zur Hälfte während der Grippe, zur anderen Hälfte erst nach Ablauf der Grippe auf. Von symptomatischen Psychosen traten auf: zweimal eine Halluzinose, ein epileptiformer Dämmerzustand von religiöser Färbung, eine Psychose von religiös-ekstasischem Gepräge, eine depressive Hemmung mit Hemiparese enzephalitischer Natur, ein Delirium acutum bei einer Kranken, die vor einigen Jahren eine Psychose überstanden hatte. Auf bestehende Geisteskrankheit übte die Grippe keinen wesentlichen Einfluß aus.

v. Schleiß-Löwenfeld (186) berichtet über drei Fälle von Geisteskranken, die an Verstopfung des Magens mit Fremdkörpern (Holzwolle, Haaren, Leinwand) zugrunde gegangen waren. Jedesmal war der Magen vollkommen mit diesen Fremdkörpern ausgestopft. Ein mechanisches Hindernis fehlte. Der Verfasser nimmt als Ursache eine vom Zentralnervensystem ausgehende Störung der reflektorischen Tätigkeit des Magens neben schwerer Schädigung des Stoffwechsels und der gesamten Ernährung an. Es bestand seit Jahren Heißhunger und einmal auch eine Osteomalazie.

v. Speyr (201) berichtet über zwei Fälle von Affektverschiebung. In dem ersten Falle hatte eine Mutter, die von Haus aus schwachsinnig war, den Haß gegen eine Nachbarsfrau, mit der sie in Pachtstreitigkeiten lebte, die ihr aber bei ihrer Niederkunft half, auf das damals geborene Kind übertragen. Die Frau hatte gegen diesen Haß selbst immer angekämpft. Der zweite Fall betraf einen russischen Studenten jüdischer Religion, der die Abneigung gegen seine aus einem niederen



Stande stammende und intellektuell und moralisch minderwertige Frau, die er geheiratet hatte, weil sie von ihm schwanger geworden war, auf das von dieser Frau ihm geborene Kind übertrug. Der Student, der an Lungenschwindsucht erkrankt war, hatte den Sohn lieb, mußte ihn aber gegen seinen Willen oft unbewußt mißhandeln. Ein dritter Fall, der ebenfalls eine Frau betraf, hatte Ähnlichkeit mit dem ersten, ist aber nicht ganz aufgeklärt. Diese Frau haßte das zweite ihrer fünf Kinder. Es war körperlich und geistig minderwertig.

M. Rosenfeld (179) beschreibt eine von ihm erdachte und am Kopf anzubringende Vorrichtung, mit der sich die bei der Prüfung des *Romberg*schen Phänomens auftretenden Körperbewegungen aufschreiben lassen, und bringt mehrere derartige Aufzeichnungen, denen er eine charakteristische Bedeutung zuerkennt. Zweifellos ist diese Untersuchungsmethode einer genaueren Ausarbeitung würdig.

Wohlgemuth (228). Drei Fälle von Erinnerungsausfall nach hochgradigen Blutverlusten. Dieser Ausfall tritt leichter ein, wenn erschöpfende Zustände oder andere schädigende Einflüsse vorangegangen sind.

Flehme (57). Zwei Fälle von retrograder Amnesie nach Erhängen. Der Erinnerungsausfall wird mit dem Karotidenverschluß in Verbindung gebracht.

Pick (165). Ausführliche Schilderung einer im postepileptischen Dämmerzustande aufgetretenen Sprachstörung, die in Umstellung von Silben und ganzen Worten im Sinne einer sogenannten Spiegelsprache bestand, und die im Gegensatz zu ähnlichen bei organischen Erkrankungen beobachteten Störungen funktionell bedingt war.

Rieger (175) schildert im neunten Heft der Arbeiten aus der Psychiatrischen Klinik zu Würzburg die große Bedeutung, die das Messen des menschlichen Körpers und die Feststellungen der Gewichtsveränderungen bei der Beurteilung von psychischen Krankheitszuständen haben. Er bringt eine genaue Tabelle über das Verhältnis zwischen Größe und Gewicht des Körpers und über das Verhältnis zwischen der Größe des Körpers und den Gewichten des Großhirns und des Kleinhirns. Es wird die Bedeutung des in Prozenten auszudrückenden Über- und Untergewichtes klargemacht, ein Hinweis über das Einsetzen der künstlichen Ernährung gegeben, die Notwendigkeit der Kontrolle der Urinmenge und die Regulation des Wasserhaushaltes des Körpers unter Anführung kurzer Beispiele aus eigener klinischer Erfahrung geschildert.

Reichardt (170) bespricht die Entstehung der reflektorischen Pupillenstarre auf Grund von Beschädigungen des oberen Halsmarkes. Reflektorische Pupillenstörungen treten bei allen mehr oder weniger diffusen oder Querschnittserkrankungen des oberen Halsmarkes (Myelitis, Geschwulst, schwere traumatische Schädigungen) im allgemeinen erst kurz vor dem Tode auf, sofern der Tod nicht überhaupt zu rasch erfolgt, bevor sich eine reflektorische Pupillenstörung ausbilden kann. Deshalb müssen bei allen tödlich endenden Verletzungen, wie überhaupt bei allen Erkrankungen des obersten Halsmarkes die Pupillen regelmäßig und systematisch bis zum Tode untersucht werden.

Rothfeld (180) macht darauf aufmerksam, daß die Dorsalflexion der großen Zehe auch bei schmerzhaften Reizen aufzutreten pflegt. So bei Druck auf den



schmerzhaften Nervenstamm bei Ischias, beim Faradisieren mit starken Strömen, beim Einführen eines Katheters oder des Zystoskops. Er faßt die Dorsalflexion als Mitbewegung gelegentlich der starken Muskelanspannung an der Stelle des schmerzhaften Reizes auf und weist darauf hin, daß man auch auf Bildwerken, auf denen ein starker Schmerz zum Ausdruck gebracht wird, die Dorsalflexion finden kann.

Galant (66) beschreibt einen neuen Reflex, der in erster Linie bei jungen Säuglingen vorkommt. Beim Bestreichen der Haut des Rückens mit dem Hammerstiel in der Nähe oder längs der Wirbelsäule tritt eine reflektorische Abwehrbewegung ein, indem der Säugling den Rücken bogenförmig nach der anderen Seite krümmt. Bei Idioten fand er sich vereinzelt im Zusammenhange mit spastischen Reflexen. Er ist häufiger als der Babinskische Reflex und schwindet auch später.

In einer zweiten Arbeit (67) berichtet *Galant* über einen Daumenballenreflex, Kleinfingerballen- und Handrückenreflex. Der Daumenballenreflex besteht in Streckung, Hebung und Abduktion des Daumens beim Beklopfen des Daumenballens an seinem Grunde und in der Nähe der Mittellinie. Der Kleinfingerballenreflex besteht in einer Flexion des kleinen Fingers mit einer ziemlich starken Abduktion beim Beklopfen der lateralen Seite des Kleinfingerballens. Beide sind beständig. Der Handrückenreflex ist unbeständig und besteht in einer lateralen Abduktion der Finger beim Beklopfen der Interossei. Ein Daumenballenbeugereflex fand sich bei zwei Hemiplegischen.

8. Organische Psychosen.

Ref.: Hans Brennecke, Hamburg-Friedrichsberg.

1. *Albrecht, O.* (Graz), Drei Fälle mit Antons Symptom. Arch. f. Psych. Bd. 59, H. 2/3, S. 883. (S. 167*.)
2. *Ahlen, A.*, Beitrag zur Lehre von der Syringomyelie. Inaug.-Diss. Kiel.
3. *Anton, G.* (Halle a. S.), Neue Vorschläge zur Behandlung der Muskelatrophien (amyotrophische Lateralsklerose). Vortrag im V. d. Ärzte, Halle a. S. 15. V. 1919. Bericht: Münch. med. Wschr. Nr. 34, S. 946.
4. *Aschern, A.*, Klinische Beiträge zu der Lehre von der multiplen Sklerose. Auf Grund der in den Jahren 1909—1914 in der medizinischen Klinik zu Göttingen beobachteten Fälle. Inaug.-Diss. Göttingen.
5. *Berblinger* (Kiel), Anatomische Befunde am Nervensystem in einem Falle von Friedreichscher Krankheit (hereditärer

Ataxie). Sitzungsbericht (Med. Ges. Kiel 27. IV. 1919): Münch. med. Wschr. Nr. 42, S. 1169.

6. *Berger*, *H.* (Jena), Ist die Pupillenstarre in jedem Falle gleichbedeutend mit einer organischen Erkrankung des Nervensystems? Ztschr. f. ärztl. Fortbildung. (S. 168*.)

7. *Bielschowski*, *M.*, und *Freund*, *C. S.*, Über Veränderungen des Striatums bei tuberöser Sklerose und deren Beziehungen zu den Befunden bei anderen Erkrankungen dieses Hirnteils. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 24, H. 1/2.

8. *Bielschowski*, *M.*, Entwurf eines Systems der Heredo-Degenerationen des Zentralnervensystems einschließlich der zugehörigen Striatumerkrankungen. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 25, H. 1/2.

9. *Bing*, *R.* (Basel), Ein neues Zeichen organisch-bedingter Spastizität: Der paradoxe Fußgelenkreflex. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 15.

10. *Boas*, *K.* (Chemnitz-Hilbersdorf), Zur Kasuistik der apoplektiformen multiplen-Sklerose unter dem Bilde der Hemiplegia alternans inferior mit funktioneller Überlagerung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 38, H. 3/4, S. 279.

11. *Boas*, *K.* (Chemnitz), Insolation und progressive Paralyse. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 11, S. 101.

12. *Böhmig*, *K. H.* (Dresden), Gehirntumor bei zwei Geschwistern. Arch. f. Psych. Bd. 59, H. 2/3, S. 527.

13. *Böenheim*, *F.* (Rostock), Über Störungen der Konvergenz und Divergenz bei Syphilis nervosa. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 41, H. 1/3, S. 144.

14. *Boettiger*, *A.* (Hamburg), Zum Kapitel der Hirntumoren. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 58, S. 131.

15 *Bolten*, *H. G.* (Haag), Dementia paralytica mit negativer W.-R. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. vol. 62 (1), p. 85.

16. *Bolten*, *H. G.* (Haag), Trauma und multiple Sklerose. Tijdschr. v. Ongevall. Geneesk. no 1, p. 19.

17. *Borchardt*, *L.* (Berlin), Demonstration zur diagnostischen Abgrenzung der Paralyse. Sitzungsbericht v. 10. XII. 1919: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E.-Bd. 15, H. 4, S. 324.



18. *Bossert, G.* (Breslau), Die choreatisch-athetotische Form der zerebralen Kinderlähmung. Demonstrat. Mediz. Sekt. d. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur 14. VI. 1918. Bericht: Berl. klin. Wschr. Nr. 42, S. 1013.

19. *Bouman, L.* (Amsterdam), Die Histopathologie der Psychosen. Psych. en neurol. Bl. Nr 1 u. 2. (S. 168*.)

20. *Bouman, L.* (Amsterdam), De spirochaete pallida big. dementia paralytica. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. H. 1, S. 19.

21. *Bouman, L.* (Amsterdam), Beitrag zur Kenntnis der Poliomyelitis anterior chronica. Psych. en neurol. Bl. (S. 168*.)

22. *Bregmann, L. E.*, Das Linsenkernsyndrom bei einem Linkshänder. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 58, H. 1/2.

23. *Brouwer, B.* (Amsterdam), Klinisch-anatomische Untersuchungen über den Okulomotoriuskern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 40, H. 1/3, S. 152. (S. 168*.)

24. *Busch, A.* (Tübingen), Über die geistige Arbeit Hirnverletzter und ihre Beeinflussung durch körperliche Anstrengungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 40, H. 4/5, S. 283. (S. 169*.)

25. *Chartier, M.*, A propos de l'encéphalite léthargique. Presse méd. no. 71.

26. *Cornaz, G.*, Étude du liquide céphalo-spinal dans les diverses périodes de la syphilis. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 47.

27. *Demole, V.*, Apoplexie tardive avec symptomes homolatéraux par hématome sous-dure-mérien. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 36.

28. *Dück, J.* (Innsbruck), Die experimentelle Psychologie im Dienste der Wiederertüchtigung Gehirnverletzter. Ztschr. f. Psychol. Bd. 13, H. 1/2. (S. 169*.)

29. *Dürck, H.*, Über die Beziehungen des Trauma zur Ätiologie und zum Verlaufe der Tabes dorsalis. Ein Gutachten. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 23, S. 221.

30. *Düring, M.*, Eine Atrophie des linken Frontalhirns als Folge von Entarteriitis syphilitica und ihrer sekundären Degeneration. Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 2, H 1.

31. *v. Economo, O.* (Wien), Die Encephalitis lethargica. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, H. 1, S. 253. Leipzig-Wien, Verlag Fr. Deuticke. 79 S. 10 M. (S. 169*.)



32. *v. Economo, O.* (Wien), Wilsonsche Krankheit und das Syndrôme du corps strié. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 43, H. 3/5, S. 173.

33. *v. Economo, Fuchs* und *Pötzl* (Wien), Die Nachbehandlung der Kopfverletzungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 43, H. 3/5, S. 276.

34. *Eden, R.* (Jena), Subokzipitalstich bei Hirntumoren. Deutsche Ztschr. f. Chir. Bd. 147, H. 3/4.

35. *Egger, M.*, La paralysie de la contraction centripète. Nouvelle conception de l'hémiplegie. Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 3, H. 1.

36. *Eisel, G.*, Zur Kenntnis zweier Formen der Heredodegeneratio nervosa mit pseudo-bulbärparalytischen Symptomen. Inaug.-Diss. Rostock.

37. *Foerster, R. H.* (Berlin), Anatomischer Befund bei Syringobulbie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 44, H. 1, S. 48.

38 a. *Forster*, Die psychischen Störungen der Hirnverletzten. Vortr. II. Kriegstagung d. D. V. f. Psych. Würzburg, April 1918. Bericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E.-Bd. 16, H. 4, S. 346. (S. 171*.)

38 b. *Forster*, Agrammatismus (erschwerte Satzfindung) und Mangel an Antrieb nach Stirnhirnverletzung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 46, H. 1, 1919. (S. 172*.)

39. *Fraenkel, M.* (Hamburg), Zerebrale Hemiparese nach Malaria. Sitzungsbericht v. 20. XI. 1917: Deutsche med. Wschr. Nr. 10, S. 277.

40. *Friedberg, W.*, Multiple Sklerose nach Trauma. Inaug.-Diss. Kiel.

41. *Friedländer, E.* (Lemgo), Zur Behandlung und Beurteilung syphilogener Geisteskrankheiten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 43, H. 3—5. (S. 173*.)

42 a. *Fröschels, E.* (Wien), Kindersprache und Aphasie. Gedanken zur Aphasielehre auf Grund von Beobachtungen der kindlichen Sprachentwicklung und ihrer Anomalien. (Berücksichtigung der modernen Psychologie.) Abh. a. d. Neurol., Psych., Psychol. u. i. Grenzgeb. H. 3. Berlin 1918, Verlag S. Karger. 7,80 M., für Abonnenten d. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 6,40 M. (S. 173*.)



Fröschels, *E.* (Wien), Übungsbehandlung der Sprache bei schweren Fällen von motorischer Aphasie. Sitzungsbericht v. 1. II. 1918: Münch. med. Wschr. Nr. 10, S. 280.

Fuchs, *A.* (Berlin), Die heilpädagogische Behandlung der durch Kopfschuß verletzten Krieger. Halle, C. Marhold. 143. S. 5 M. (S. 173*.)

Gamper, *E.* (Innsbruck), Zur Klinik der Sensibilitätsstörungen bei Rindenläsionen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 43, H. 1, S. 21.

Gennerich (Kiel), Referat über Pathogenese und Therapie der syphilogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Sitzungsbericht: Neurol. Zentralbl. Nr. 13, S. 478.

5. *Gerstmann*, *J.* (Wien), Über Störungen der Schweißsekretion im Sinne einer Anhydrosis bei höher sitzenden Rückenmarksaffektionen mit kompletter spastischer Paraplegie der unteren Extremitäten. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, H. 2—3, S. 338. (Prof. Obersteiner-Festnummer T. II.)

47. *Goldstein*, *K.* (Frankfurt a. M.), Über die Behandlung und Fürsorge der Hirnverletzungen. (II. Kriegstagung d. D. V. f. Psych. Würzburg.) Bericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychs., R. u. E.-Bd. 16, H. 4, S. 323. (S. 174*.)

48. *Goldstein*, *K.*, und *Gelb*, *A.* (Frankfurt a. M.), Psychologische Analysen hirnpathologischer Fälle auf Grund von Untersuchungen Hirnverletzter. I. Abt. Zur Psychologie des optischen Wahrnehmungs- u. Erkennungsvorganges. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 41, H. 1/3, S. 1. (S. 175*.)

49. *Grönquist*, *R.*, Ett fall av klinisk sclérose en plaques met positiv W. R. i lumbalpunktatat. Hygieia vol. 80, p. 658.

50. *v. Haberer*, *M.* (Innsbruck), Beitrag zur Operation von übergroßen Hirntumoren. Arch. f. Psych. Bd. 59 H. 2/3, S. 615.

51. *Hauptmann*, *A.* (Freiburg i. B.), Isolierte Ödembildung bei Läsion eines peripheren Nerven. (Ein Beitrag zum organischen Anteil psychogener Störungen.) Neurol. Zentralbl. Nr. 6, S. 179.

52 a. *Hauptmann*, *A.* (Freiburg i. B.), Über herdartige Verbreitung der Spirochäten bei der Paralyse. (Vortr. 43. Wandervers. Südwestd. Neurol. u. Psych., Baden-Baden, Mai 1918.)

Eigenbericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E.-Bd. 16, H. 3, S. 282.

52 b. *Hauptmann, A.* (Freiburg i. B.), Über herdartige Spirochätenverteilung in der Hirnrinde bei Paralyse. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 45, H. 2/3, 1919. (S. 175*.)

53. *Hauptmann, A.* (Freiburg i. B.), Schlußbemerkung zu den Kafkaschen Ausführungen über meine Arbeit: „Zur Frage der Nervenlues, speziell über den Einfluß exogener Momente auf die Paralyse" im Juliheft dieser Zeitschrift. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 44, H. 2.

54. *Henneberg, R.* (Berlin), Reine Worttaubheit. (Vortr.: Berl. Ges. f. Psych. 10. VI. 1918.) Eigenbericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E.-Bd. 16, H. 4, S. 279.

55. *Henschen, S. E.* (Stockholm), Über die Hörsphäre. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 22, Erg.-H. 3, S. 319. Leipzig, J. A. Barth.

56. *Hertle, J.* (Graz), Zur Försterschen Operation bei Littlescher Erkrankung (zerebraler spastischer Diplegie). Mitt. d. K. d. Ärzte i. Steiermark Nr. 1.

57. *Hertle, J.* (Graz), Tumor der Cauda equina durch Operation entfernt. Bildung einer Liquor-Zyste an der Operationsstelle. Neuerliche Operation. Heilung. Arch. f. Psych. Bd. 59, H. 2/3, S. 861.

58. *Heß, J.* (Hamburg), Arcus senilis, virilis u. juvenilis. Neurol. Zentralbl. Nr. 23, S. 770. (S. 176*.)

59. *Hesse, Fr.*, Beitrag zur Kenntnis der Lues cerebrospinalis. Inaug.-Diss. Berlin.

60. *Heveroch, A.* (Prag), Aphasia transitoria. Čas. česk. lék. vol. 57, p. 121. (Böhmisch.)

61. *Heveroch, A.* (Prag), Über Kamnaphasie (Sprachstörung). Čas. česk. lék. vol. 57, p. 349. (Böhmisch.)

62. *Hoche, A.* (Freiburg), Die Heilbarkeit der progressiven Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 3, H. 3/5, S. 430. (S. 176*.)

63. *Hoefer, C.*, Ein Fall von Kleinhirnbrückenwinkeltumor mit Heilung durch Operation. Inaug.-Diss. Kiel.

64. *Hoepke, H.*, Über Hydrozephalie, Meningozele und Aphasie des Gehirnmantels. Inaug.-Diss. Greifswald.



65. *Hoeßly, H.* (Basel), Das Verhalten der Pupillen bei traumatischem Hirndruck. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30, H. 1/2.

66. *Hoffmann, E,* (Bonn), Vermag kräftige Frühbehandlung der Syphilis mit Salvarsan und Quecksilber Erkrankungen des Nervensystems zu verhüten? Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 60, H. 1—3. (S. 176*.)

67. *Hoffmann, J.* (Heidelberg), Pyramidenstrangsymptome bei der hereditären Friedreichschen Ataxie. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 66, H. 1—3, S. 179.

68. *Honigmann*, Psychisches und Psychotherapie bei organischen Erkrankungen. Ther. Monatshefte H. 9—12.

69. *Horn, P.* (Bonn), Zur Behandlung nervöser Symptome nach leichten Schädeltraumen. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 5, S. 41.

70. *Hüni, Karl*, Über die Häufigkeit der progressiven Paralyse in der Schweiz. Zürich, Gebr. Leemann. 35 S. (Bleuler.)

71. *Jacobsohn, L.* (Charlottenburg), Zur Diagnose und Prognose der Hirngeschwulst. Berl. klin. Wschr. Nr. 24, S. 578.

72. *Jaeger, R.* (Halle a. S.), Über Kopfverletzungen. Arch. f. Psych. Bd. 59, H. 2/3, S. 829.

73. *Jahnel, F.* (Frankfurt a. M.), Über einige Beziehungen der Spirochäten zu dem paralytischen Krankheitsvorgang. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 42, H. 1/2, S. 21. (S. 177*.)

74. *Jahnel, F.* (Frankfurt a. M.), Die Frage der Lues nervosa im Lichte der modernen Syphilisforschung. (Vortr.: 43. Wandervers. Südwestd. Neurol. u. Psych., Baden-Baden, Mai 1918.) Eigenbericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E.-Bd. 16, H. 3, S. 284.

75. *Kafka, V.* (Hamburg), Bemerkungen zu der Arbeit von *Hauptmann*-Freiburg „Zur Frage der Nervenlues, speziell über den Einfluß exogener Momente bei der Paralyse" in Bd. 42, H. 6 der Zeitschrift Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 44, H. 1, S. 56.

76. *Karplus, J. P.* (Wien), Das Verhalten der unteren Sakralsegmente bei zentralen Sensibilitätsstörungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 41, H. 4/5, S. 290.

77. *Kaufmann, K.* (z. Z. Zeithain i. S.), Ein seltener Fall von Hirntumor. Neurol. Zentralbl. Nr. 11, S. 374.



78. *v. Kaulberß* (Wien), Zur Frage der Sensibilitätsstörungen nach Kriegsbeschädigungen des Rückenmarks. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30, H. 1 u. 2.

79. *Kedzierski, Br.*, Über zwei Fälle von Tabes dorsalis mit selten beobachteten Lähmungserscheinungen im Bereich der Hirnnerven. Inaug.-Diss. Leipzig.

80 a. *Kleist, K.* (Rostock), Die Hirnverletzungen in ihrer Bedeutung für die Hirnfunktion. Sitzungsbericht (II. Kriegstagung Würzburg, April 1918): Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E.-Bd. 16, H. 4, S. 336.

80 b. *Kleist, K.* (Rostock), Zur Auffassung der subkortikalen Bewegungsstörungen (Chorea, Athetose, Bewegungsausfall, Starre, Zittern). Arch. f. Psych. u. Nervenkr. Bd. 59, H. 2/3. (S. 177*.)

81. *Klien, H. R.* (Leipzig), Über die kontinuierlichen, rhythmischen Krämpfe des Gaumensegels und der Schlingmuskulatur. Mtschr. f. Neurol. u. Psych. Bd. 43, H. 2, S. 80.

82. *Klien, H. R.* (Leipzig), Über kontinuierliche rhythmische Krämpfe bei Kleinhirnherden. Münch. med. Wschr. Nr. 14, S. 374.

83. *Knapp, Albert*, Die Tumoren des Schläfenlappens. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 42, H. 3/5, S. 226.

84. *Knapp, Albert*, Pseudozerebellare Schläfenlappenataxie. Deutsche med. Wschr. Nr. 26.

85. *Knapp, Albert*, Schädelpunktion bei Gehirnzysten und ihre Bedenken. Med. Klinik Nr. 36, S. 877.

86. *Koelichen, J.*, und *Szerszinski, B.* (Warschau), Über einen Fall von Läsion des Halsrückenmarks mit eigenartigen Sensibilitätsdissoziationen. Neurol. Zentralbl. Nr. 4, S. 134.

87. *König, H.* (Bonn), Zur Frage der Paralysenbehandlung. Sitzungsbericht: Deutsche med. Wschr. Nr. 3, S. 86.

88. *Königstein, H.* (Wien), Bedeutung der Disposition für Entstehung und Verlauf der Syphilis. Sitzungsbericht: Münch. med. Wschr. Nr. 20, S. 548.

89. *Kreckel, H.*, Über körperliche Veränderungen bei Hirnverletzten. Inaug.-Diss. Frankfurt a. M.

90. *Krieger, A.*, Prüfung der Merkfähigkeit bei seniler Demenz. Inaug.-Diss. Gießen und Klinik f. psych. u. nerv. Krankh.



Herausgegeben von R. Sommer-Gießen. Bd. 10, H. 2, S. 79.

91. *Kronfeld*, *A.* (Heidelberg), Zur Ätiologie und Therapie der Landryschen Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 44, H. 1/2, S. 79.

92. *Kühne*, *W.*, Funktionelle Störungen des Gehirns nach Kopfverletzungen und ihr Zusammenhang mit Hirnkrankheiten anderer Ursache. Mtschr. f. Unfallheilk. Bd. 25, H. 4/5.

93. *Küpferle* und *v. Szily* (Freiburg i. B.), Über die nichtchirurgische Behandlung, insbesondere Strahlenbehandlung der Hypophysentumoren. (Vortr.: 3. Wandervers. Südwestd. Neurol. u. Psych., Baden-Baden, Mai 1918.) Eigenbericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E.-Bd. 16, H. 3, S. 267.

94. *Kupfender*, *R.*, Zur Lehre von der juvenilen Paralyse. Inaug.-Diss. Kiel.

95. *Lammers*, *Ph.*, Über Zystizerken im Gehirn. Inaug.-Diss. Göttingen.

96. *Lampe*, *Herbert*, Korsakowscher Symptomenkomplex nach Kopftraumen. Inaug.-Diss. Kiel.

97. *Leunahn*, *F.*, Två fall av progressiv spinal muskelatrofie såsom syfilitik symptom. Hygiea vol. '80, p. 660.

98. *Licen*, *E.* (Triest), Über nichteitrige hämorrhagische Enzephalitis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 42, H. 1/2, S. 1. (S. 178*.)

99. *Lippmann*, *A.* (Hamburg), Apoplexie, Enzephalomalazie und Blutdruck. Deutsche med. Wschr. Nr. 33, S. 907. (S. 178*.)

100. *Loeb*, *S.* (Ahrweiler), Ein Fall von Meningitis luetica. Deutsche med. Wschr. Nr. 13, S. 347.

101. *Maas*, *O.* (Berlin), Klinisch-anatomischer Beitrag zur Kenntnis systematischer Linsenkerndegenerationen. Neurol. Zentralbl. Nr. 1, S. 16. (S. 178*.)

102. *Maas*, *O.* (Berlin), Bemerkenswerter Krankheitsverlauf bei Geschwülsten des Zentralnervensystems. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 59, S. 231.

103. *Mandelbaum*, *M.* (München), Mittelbare und unmittelbare Folgen von Lues. Sitzungsbericht: Deutsche med. Wschr. Nr. 3, S. 88:

104. *Mann*, *L.* (Breslau), Zwei Fälle von Aphasie. Sitzungsbericht. Münch. med. Wschr. Nr. 21 u. 22.



105. *Marshall, J. N.*, A sporadic case of polioencephalitis. British med. journ. 6. Juli.

106. *Mayer, W.* (Tübingen), Zur Frage des Einflusses exogener Momente auf metaluetische Prozesse. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 44, H. 2, S. 124.

107. *Mayer, W.* (Tübingen), Über hypophysäre und epiphysäre Störungen bei Hydrocephalus internus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 44, H. 1/2, S. 101. (S. 179*.)

108. *Melland, Charles H.*, Epidemic polioencephalitis. British med. journ. 18. u. 25. Mai.

109. *Müller, G.*, Über den Nachweis der Spirochaeta pallida im Paralytiker-Gehirn. Inaug.-Diss. Breslau.

110. *Nathan, E.*, und *Weichbrodt, R.* (Frankfurt a. M.), Zur Sero- und Liquordiagnostik syphilitischer Zerebrospinalerkrankungen mittels Ansteckung. Münch. med. Wschr. Nr. 46, S. 1280.

111. *Niessl v. Mayendorf* (Leipzig), Tastblindheit nach Schußverletzung der hinteren Wurzeln. Ein Beitrag zur Physiologie und Pathologie des Tastbildes. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 39, H. 4/5, S. 282.

112. *Niessl v. Mayendorf* (Leipzig), Kopfstreifschuß mit Amnesia verbalis kinaesthetica. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 43, H. 3/5, S. 210. (S. 179*.)

113. *Niessl v. Mayendorf* (Leipzig), Klinische Beobachtungen nach Kriegsverletzung der Scheitelgegend. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 44, H. 5, S. 287. (S. 179*.)

114. *Nonne, M.* (Hamburg), Über Heilung der hypophysären Form der Lues congenita (Lues congenita pituitaria) durch kombinierte antisyphilitische und Organtherapie. Neurol. Zentralbl. Nr. 6.

115. *Nonne, M.* (Hamburg), Über die Frage der Heilbarkeit der Dementia paralytica. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 58, H. 1/2, S. 33. (S. 180*.)

116. *Nonne, M.* (Hamburg), Multiple Sklerose und Fazialislähmung. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 60, H. 1—3.

117. *Nonne, M.* (Hamburg), Frühsyphilis und Salvarsan. Sitzungsbericht vom 14. V. 1918. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E.-Bd. 16, H. 2, S. 406.



118. *Noodt, S.*, Ein Beitrag zur Pathologie und Symptomatologie der Balkentumoren. Inaug.-Diss. Kiel.

119. *Odefey, M.* (Hamburg-Ohlsdorf), Untersuchungen über das Vorkommen fetthaltiger Körper und Pigmente in den nicht nervösen Teilen des Gehirns unter normalen und krankhaften Bedingungen. Inaug.-Diss. u. Arch. f. Psych. Bd. 59, H. 1, S. 10.

120. *Oltmanns, A. M.*, Blut- und Liquorbefunde bei Tabes und Paralyse. Inaug.-Diss. Leipzig.

121. *Oppenheim, E.* (Berlin), Gutachten über einen, dem Wilsonschen verwandten Symptomenkomplex nach Kopfverletzung. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 22, S. 2111.

122. *Osman, J.*, Évolution du chemisme et de la cytologie du liquide céphalorhachidien dans la paralysie générale. Rev. méd. de la Suisse rom. no. 8.

123. *Pandy, K.* (Nagyszeben), Die Leukoplakie des Mundes als Zeichen überstandener Syphilis. Neurol. Zentralbl. Nr. 2, S. 66. (S. 180*.)

124. *Pesc, A.*, Heeresdienst und luetische Erkrankung des Zentralnervensystems. Inaug.-Diss. Breslau.

125. *Pfeifer, B.* (Nietleben), Zur Lokalisation der Motilität und Sensibilität der Hirnrinde. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 58, H. 3—6.

126. *Pfeifer, B.* (Nietleben), Über homolaterale Hemiplegie bei Hirnschußverletzung. Arch. f. Psych. Bd. 59, H. 2/3, S. 687.

127. *Phleps, E.* (Graz), Beitrag zur Klinik und Diagnose der Rückenmarkstumoren. Arch. f. Psych. Bd. 59, H. 2/3, S. 1014.

128. *Pick, A.* (Prag), Über das Verständnis des eigenen Defektes bei Aphasischen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 43, H. 1, S. 1.

129. *Pilcz, A.* (Wien), Noch einmal: Krieg und progressive Paralyse. Wien. med. Wschr. 1917, Nr. 46, S. 2023.

130. *Plaut, F.* (München), Syphilis und Nervensystem. (Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Zyklus ärztlicher Fortbildungsvorträge, veranstaltet auf Veranlassung der Med. Abt. des K. B. Kriegsministeriums vom Landesverband f. d. ärztl. Fortbildungswesen in Bayern, gemeinsam mit dem Ärzte-Verein München im Juni 1918.) Münch. med. Wschr. Nr. 44, S. 1260. (S. 180*.)



131. *v. Podmaniczky, T.* (Budapest), Zur Rolle der Glia bei Erkrankungen der Großhirnrinde. Arch. f. Psych. Bd. 59, H. 1, S. 281.

132. *v. Podmaniczky, T.* (Budapest), Über den Spätabszeß und die Spätepilepsie nach Schädelschuß. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 3, H. 3/5, S. 264.

133. *Poppelreuter, W.* (Köln), Über die konstante Erhöhung des Blutdrucks bei den epileptischen gegenüber den nicht epileptischen Hirnverletzten. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 43, H. 6, S. 335.

134. *Poppelreuter, W.* (Köln), Die psychischen Schädigungen durch Kopfschuß im Kriege 1914—1917. Bd. II: Die Herabsetzung der körperlichen Leistungsfähigkeit und des Arbeitswillens durch Hirnverletzung im Vergleich zu Normalen und Psychogenen. Leipzig, Leop. Voß. 210 S. 13 M. (S. 180*.)

135. *Probst, M.* (Wien), Zur Kenntnis der Entwicklungshemmungen des Gehirns. Arch. f. Psych. Bd. 59, H. 2/3, S. 632.

136. *Pulay, E.* (Wien), Über einen foudroyant verlaufenden Fall von Kleinhirnabszeß mit Enzephalitis und Hydrocephalus internus. Neurol. Wschr. Nr. 14, S. 490.

137. *Raecke, J.* (Frankfurt a. M.), Die Aussichten der Salvarsanbehandlung der progressiven Paralyse. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 43, H. 1, S. 37. (S. 184*.)

138. *Raecke, J.* (Frankfurt a. M.), Nochmals die Bedeutung der Spirochätenbefunde im Gehirn von Paralytikern. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 44, H. 2, S. 110. (S. 184*.)

139. *Ribbert, H.* (Bonn), Die Arteriosklerose. Deutsche med. Wschr. Nr. 32, S. 953.

140. *Richter, H.* (Budapest), Kortikal bedingte isolierte Lähmung der rechten Hand. Neurol. Zentralbl. Nr. 13, S. 450.

141. *Ruben, Martha* (Berlin), Ein besonders vorgeschrittener Fall von Myotonia atrophica (Dystrophia myotonica) mit auffälliger Gibbusbildung. Neurol. Zentralbl. Nr. 4—6.

142. *Sainton, P.*, L'encéphalite léthargique. Presse méd. no. 53.

143. *Schacherl, M.* (Wien), Zum gegenwärtigen Stand der Therapie der nervösen Spätlues. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, H. 2/3, S. 431.



144. *Schäfer, G.*, Beiträge zur Kasuistik der Tumoren der Hirnventrikel. Inaug.-Diss. Breslau.

145. *Schierlitz, G.*, Über einen Fall von Hypophysistumor. Inaug.-Diss. Kiel.

146. *Schilder, P.* (Hamburg), Wahn und Erkenntnis. Monograph. d. ges. Neurol. u. Psych. H. 15. Berlin, J. Springer. 115 S. 7,60 M.

147. *Schlosser, H.* (Prag), Zum Anton-Schmiedenschen Subokzipitalstich. Med. Klinik Nr. 51, S. 1245.

148. *Schmieden, V.* (Halle a. S.), Über Kriegsverletzungen des Rückenmarks. Arch. f. Psych. Bd. 59, H. 2/3, S. 508.

149. *Schmidt, A.* (Halle-Bonn), Homolaterale Hyperästhesie bei Hemiplegie. Arch. f. Psych. Bd. 59, H. 2/3, S. 501.

150. *Schmorl, G.*, Die pathologisch-histologischen Untersuchungsmethoden. 8. Auflage. Leipzig, F. C. W. Vogel.

151. *Schöppler, H.* (München), Zystizerkus der Gehirnbasis. Münch. med. Wschr. Nr. 26, S. 698.

152. *Schottmüller, H.* (Hamburg), Zur Behandlung der Spätlues. Diskussion über Syphilispathologie und Therapie. Sitzungsbericht: Münch. med. Wschr. Nr. 29, S. 801.

153. *Schreiber, A.* (Hamburg), Weitere Beiträge zum Kapitel vom Formenreichtum der multiplen Sklerose. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 61, H. 1—6.

154. *Schröder, P.* (Greifswald), Enzephalitis und Myelitis. Zur Histologie der kleinzelligen Infiltration im Nervensystem. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 43, H. 3, S. 146. (S. 184*.)

155. *Schrottenbach, H.* (Graz), Beiträge zur Kenntnis der Pathologie der menschlichen Neuroglia nach Studien an einem Fall von primärem idiopathischen Hydrocephalus internus mittels der Färbemethode von Ramon y Cayal. Arch. f. Psych. Bd. 59, H. 2/3, S. 1086.

156. *Schultze, E.* (Göttingen), Demonstration zur Lehre von der syphilitischen, spastischen Spinalparalyse (Eb). Sitzungsbericht: Deutsche med. Wschr. Nr. 33, S. r926.

157. *Schultze, E.* (Göttingen), Fälle von Neurofibromatose. Sitzungsbericht: Deutsche med. Wschr. Nr. 37, S. 1039.

158. *Schultze, F.* (Bonn), Über hereditäre Ataxie. (Vortr.: Wandervers. Südwestd. Neurol. u. Psych., Baden-Baden, Mai 1818.)



Eigenbericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E.-Bd. 16, H. 3, S. 262.

159. *Schultze*, *F.* (Bonn), Zur Lehre von der Pseudosklerose (Westphal-Strümpell). Neurol. Zentralbl. Nr. 20, S. 674.

160. *Schultze*, *F.* (Bonn), Über familiäre Ataxie (hereditäre Ataxie) mit fortschreitendem Schwachsinn, nebst einer Mitteilung über multiple Sklerose bei Geschwistern. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 63, H. 516.

161. *Schultze*, *O.*, Über neue Gesichtspunkte zur mikroskopischen Untersuchung des Zentralnervensystems. Sitzungsbericht (D. V. f. Psych. Würzburg 26. IV. 1918): Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E.-Bd. 16, H. 4, S. 298.

162. *Schuster*, *P.* (Berlin), Schulfall reiner Ataxie. (Demonstration.) Sitzungsbericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E.-Bd. 16, H. 1, S. 92.

163. *Sicard*, *J. A.*, et *Roger*, *H.*, Paralysie générale, syphilis et liquide céphalo-rhachidien. Presse méd. no. 50.

164. *Siemerling*, *E.* (Kiel), Spirochäten im Gehirn eines Falles von multipler Sklerose. Berl. klin. Wschr. Nr. 12, S. 273. (S. 184*.)

165. *Simons*, *A.* (Berlin), Die Übertragbarkeit der multiplen Sklerose. Neurol. Zentralbl. Nr. 4, S. 129.

166. *Simons*, *A.* (Berlin), Gliom in der linken hinteren Hirnhälfte mit Einwuchs in beide Sehnerven. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 39, H. 4/5, S. 229.

167. *Sioli*, *F.* (Bonn), Die Histologie der Paralyse und die Spirochätenbefunde. Sitzungsbericht vom 12. XI. 1917. Neurol. Zentralbl. Nr. 1, S. 58.

168. *Sioli*, *F.* (Bonn), Über die Spirochaeta pallida bei Paralyse. (Vorläufige Mitteilung.) Arch. f. Psych. Bd. 59, H. 1, S. 6.

169. *Sittig*, *O.* (Prag), Weitere Beiträge zur Symptomatologie der Stirnhirnverletzungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 40, H. 4/5, S. 343.

170. *Souderop*, *Susanne*, Über einen Fall von Verschluß der Arteria cerebellaris inferior posterior dextra und Tabes dorsalis. Inaug.-Diss. Breslau.



171. *Söderbergh, G.*, Eine semiologische Studie über einen Fall extrapyramidaler Erkrankung (Wilsonsche Krankheit bzw. Pseudosklerose). Arch. f. inn. Med. Bd. 51, H. 1.

172. *Spielmeyer, W.* (München), Anatomie und Spirochätenbefunde. Eine Betrachtung über Forschung und Schriftstellerei. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 41, H. 4/5, S. 433. (S. 184*.)

173. *v. Stauffenberg* † (München), Zur Kenntnis des extrapyramidalen motorischen Systems und Mitteilung eines Falles von sogenannter Atrophie olivo-ponto-cérébelleuse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 39, H. 1/3, S. 1.

174. *v. Stauffenberg* † (München), Ein Fall von Encephalitis peraxialis diffusa (Schilder). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 39, H. 1/3, S. 56.

175. *v. Stauffenberg* † (München), Klinische und anatomische Beiträge zur Kenntnis der aphasischen, agnostischen und apraktischen Symptome. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 39, H. 1/3, S. 71.

176. *Steiner, G.* (Straßburg i. E.), Über die ätiologische Erforschung der multiplen Sklerose. (Vortr.: Wandervers. Südwestd. Psych. u. Neurol., Baden-Baden, Mai 1918.) Eigenbericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E.-Bd. 16, H. 5, S. 461.

177. *Stier, E.* (Berlin), Wilsonsche Krankheit und Paralysis agitans. Sitzungsbericht vom 12. XI. 1917. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E.-Bd. 15, H. 4, S. 311.

178. *v. Strümpell, A.* (Leipzig), Einige Bemerkungen zur Ätiologie der multiplen Sklerose. Neurol. Zentralbl. Nr. 12, S. 401.

179. *v. Strümpell, A.* (Leipzig), Fall von familiärer Friedreichscher Ataxie. Sitzungsbericht vom 16. VII. 1919. Münch. med. Wschr. Nr. 42, S. 1169.

180. *Sztanojewits, L.* (Budapest), Ein Fall von Dämmerzustand nach Neosalvarsaninjektion. Wien. med. Wschr. Nr. 10.

181. *Sztanojevits, L.* (Budapest), Mannesfaustgroßes, lange Zeit hindurch ohne objektive Befunde bestehendes und plötzlich zum Tode führendes Kleinhirnteratom. Neurol. Zentralbl. Nr. 22, S. 784.



182. *Thomalla, O.* (Breslau), Ein Fall von Torsionsspasmus mit Sektionsbefund und seine Beziehungen zur Athétose double, Wilsonscher Krankheit und Pseudosklerose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 41, H. 4/5, S. 311. (S. 184*.)

183. *Tintemann, W.* (Osnabrück), Geistesstörung nach zweimaligem Schädeltrauma. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 15, S. 141. (S. 185*.)

184. *Trömner, E.* (Hamburg), Friedreichsche Ataxie. Demonstration. (Sitzungsbericht vom 30. IV. 1918.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E.-Bd. 16, H. 5, S. 406.

185. *van Valkenburg, C. T.*, Über die Organisation der Sensibilität in der Großhirnrinde. Psych. en Neurol. Bl. Bd. 22, S. 198.

186. *Vogt, O.*, und *Cécile*, Erster Versuch einer pathologisch-anatomischen Einteilung striärer Motilitätsstörungen nebst Bemerkungen über seine allgemeine wissenschaftliche Bedeutung. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 24, H. 1 u. 2.

187. *Voß, G.* (Düsseldorf), Polioencephalitis haemorrhagica superior bei einer 39 jährigen Frau. Neurol. Zentralbl. Nr. 16, S. 552.

188. *Wagner v. Jauregg, J.* (Wien), Über die Einwirkung der Malaria auf die progressive Paralyse. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 21/22, S. 132.

189. *Wallenberg, A.* (Danzig), Neuere Beiträge zur Diagnostik der Hirnstammerkrankungen. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 58, S. 105.

190 a. *Walter, F. K.* (Rostock), Zur Symptomatologie und Anatomie der „diffusen Hirnsklerose“. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 44, H. 2, S. 87. (S. 185*.)

190 b. *Walter, F. K.* (Rostock), Zur Frage der Lokalisation der Polyneuritis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 44, H. 1/2. (S. 185*.)

191. *Weber, L. W.* (Chemnitz), Über Friedreichsche Ataxie. Sitzungsbericht vom 15. V. 1918. Münch. med. Wschr. Nr. 34, S. 945.

192. *Weichbrodt, R.* (Frankfurt a. M.), Die Hirnpunktion nach Beriél. (Vortr.: 43. Wandervers. Südwestd. Neurol. u. Psych., Baden-Baden, Mai 1918.) Eigenbericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E.-Bd. 16, H. 3, S. 261.



193. *Weichbrodt*, *R.* (Frankfurt a. M.), Silbersalvarsannatrium und Sulfooxylatpräparat (Nr. 1495) in der Paralysetherapie. Deutsche med. Wschr. Nr. 44, S. 1216.

194. *Weichsel*, *M.* (Groß-Schweidnitz), Multiple Sklerose nach kompliziertem Schädelbruch. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 7, S. 63.

195. *v. Weizsäcker* (Heidelberg), Über eine Störung der optischen Raumwahrnehmung bei Vestibularerkrankung sowie über Störungen des haptischen Raumsinnes. Sitzungsbericht vom 7. V. 1918. Münch. med. Wschr. Nr. 34, S. 947.

196. *Westphal*, *A.* (Bonn), Über familiäre Myoklonie und über Beziehungen derselben zur Dystrophia adiposo-genitalis. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 58, H. 3—6.

197. *Westphal*, *A.* (Bonn), Über das Vorkommen von Stäbchenzellen bei der multiplen Sklerose. Neurol. Zentralbl. Nr. 1, S. 1. (S. 186*.)

198. *Westphal*, *A.* (Bonn), Weitere Mitteilung über Stäbchenzellenbefunde bei multipler Sklerose. Neurol. Zentralbl. Nr. 12, S. 407. (S. 186*.)

199. *Westphal*, *A.* (Bonn), Beitrag zur Lehre von der stationären Tabes. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 60, H. 1—3.

200. *Weygandt*, *W.* (Hamburg), Über das Problem der Hydrozephalie. Arch. f. Psych. Bd. 59, H. 2/3, S. 519. (S. 186*.)

201. *Wideroe*, *S.* (Kristiania), Über die pathologisch-anatomische Grundlage der Granatkontusionen. Ein Versuch, diese zu erklären. Arch. f. Psych. Bd. 59, H. 1, S. 110.

202. *Wimmer*, *A.* (Kopenhagen), Nichtsyphilitische Geisteskrankheiten bei Syphilitikern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 42, H. 3/5, S. 290.

203. *Wohlwill*, *F.* (Hamburg), Über pathologisch-anatomische Befunde am Zentralnervensystem bei akquirierter und kongenitaler Syphilis. Sitzungsbericht vom 26. XI. 1918. Berl. klin. Wschr. Nr. 52.

204. *Wohlwill*, *F.* (Hamburg), Pathologisch-anatomische Untersuchungen am Zentralnervensystem klinisch nervengesunder Syphilitiker (mit Einschluß der kongenitalen Syphilis). Arch. f. Psych. Bd. 59, H. 2/3, S. 733. (S. 186*.)



205. *Zeißl* (Wien), Zur Pathologie und Therapie der Syphilis. Wien. klin. Wschr. Nr. 14.

206. *Zielinski, L.*, Über Gehirn-Metastasen. Inaug.-Diss. Greifswald.

207. *Zimmermann, F.*, Augenmuskellähmung bei progressiver Paralyse. Inaug.-Diss. Kiel.

Anhang.

1. *Bostroem, A.* (Rostock), Beitrag zur klinischen Diagnose des Hypophysenschwundes. Med. Klinik Nr. 28, Jahrg. 1918. (S. 187*.)

2. *Bostroem, A.* (Rostock), Isolierte Verletzung des Ramus superficialis vom Nervus plantaris lateralis. Neurol. Zentralbl. Nr. 18, 1918.

3. *Chotzen, F.* (Breslau), Über Vorkommen und Bedeutung der Scapula scaphoidea. Berl. klin. Wschr. Nr. 40, S. 949, 1918. (S. 187*.)

4. *Finkelnburg, R.* (Bonn), Über die Bedeutung nervöser Herzgefäßstörungen für die Entstehung der Arteriosklerose. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 60, H. 1—3. (S. 187*.)

5. *Grosseketteler* (Johannisthal), Ein durch psychogene Erkrankung vorgetäuschter Hirntumor. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 38, H. 5.

6. *Hauptmann, A.*, Grundlagen, Stellung und Symptomatologie der „Myotonen Dystrophie“ (früher „atrophischen Myotonie“). Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 63, H. 3/4.

7. *Hauptmann, A.* (Freiburg), Der heutige Stand der Lehre von der „myotonen Dystrophie“ mit Katarakt. Klin. Mtschr. f. Augenheilk. Jahrg. 1918, Bd. 60.

8. *Hermann, E.* (Krakau), Über die sogenannten pseudoathetotischen Spontanbewegungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 40, H. 1/3. (S. 188*.)

9. *Jakob, A.* (Hamburg), Zur Klinik und Pathogenese der postkommotionellen Hirnschwäche. Münch. med. Wschr. Nr. 34, S. 932.

10. *Jakob, A.* (Hamburg), Zum gegenwärtigen Stande er Histopathologie der Geisteskrankheiten. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung, Maiheft 1918. (S. 188*.)



11. *Pfeifer, R. A.* (Leipzig), Kontinuierliche, klonische, rhythmische Krämpfe des Gaumensegels und der Rachenwand bei einem Fall von Schußverletzung des Kleinhirns. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 45, H. 2, 1919. (S. 188*.)
12. *Siebert, H.* (Libau), Zur Frage der Linkshändigkeit. Berl. klin. Wschr. 1918, Nr. 51, S. 1220.
13. *Simonds*, Atrophie des Hypophysenvorderlappens und hypophysäre Kachexie. Deutsche med. Wschr. 1918, Nr. 31. (S. 189*.)
14. *Stuurman* (Meerenburg), Kongenitale Alexie. Psych. en Neurol. Bl. 1918, Nr. 3.
15. *Bremme, Ida*, Ein Beitrag zur Bindearmchorea. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 45, H. 2.
16. *Brederlow, M.*, Über einen Fall von Tumor im Gebiete der großen Ganglien. Inaug.-Diss. Kiel.
17. *Hagen, W.*, Über einen Fall von Tumor im Gebiete des rechten Stirnhirnes. Inaug.-Diss. Kiel.
18. *Käppner, Irma*, Ein Beitrag zur Klinik der Leitungsaphasie. Inaug.-Diss. Kiel.
19. *Kleinschmidt, L.*, Zur Symptomatologie der tuberkulosen Meningitis. Inaug.-Diss. Kiel.
20. *Nonne, M.* (Hamburg), Auftreten von Tabes und Paralyse schon 3—4 Jahre, ja schon 2 Jahre nach intensiver Salvarsanbehandlung. Sitzungsbericht vom 30. April 1918. Neurol. Zentralbl. Nr. 20, 1918.
21. *Wernicke, F.*, Zur Symptomatologie der Stirnhirntumoren (Sarkom des rechten Stirnhirns). Inaug.-Diss. Kiel.
22. *Wewer, H.*, Trauma und multiple Sklerose. Inaug.-Diss. Kiel.

Als *Antons* Symptom bezeichnet *Albrecht* (1) kurz „das Fehlen der Selbstwahrnehmung des durch eine Herderkrankung gesetzten Defektes". Krankengeschichte und Obduktionsbefund dreier einschlägiger Fälle werden eingehend wiedergegeben und kritisch besprochen. Die Symptomatologie zeigt, daß es von den leichten Fällen, in denen „der Kranke seinen Defekt nicht beachtet, ihn aber erkennt, wenn er darauf geführt wird, oder daß er ihn wahrnimmt, aber scheinbar darauf rasch immer vergißt" bis zu den schweren, „in welchen das betreffende Sinnesgebiet gänzlich aus dem Denken ausgeschaltet ist", stufenweise Übergänge zu geben scheint. Außerdem aber findet sich „ein Nebeneinander gleichwertiger Bilder, die nicht absolut identifiziert werden können". Die *Anton*sche Auffassung



von der Pathogenese — Unterbrechung der Leitung zu vielen anderen entfernten und näheren Gehirnstellen — erscheint bisher durch die dagegen erhobenen Einwände nicht widerlegt. (*Josephy.*)

H. Berger (6) weist darauf hin, daß eine Lichtstarre der (miotischen) Pupille auch unter physiologischen Bedingungen im Tiefschlaf beobachtet wird. Auch in seltenen Fällen heftigster Angst kann eine sehr starke Mydriasis der Pupille mit Aufhebung der Lichtreaktion eintreten. Unter pathologischen Bedingungen komme Lichtstarre vor bei tiefer Ohnmacht, im apoplektischen Anfall, im großen epileptischen Anfall; ferner könne bei einer durch größere Morphium- und Opiumgaben bedingten Miosis der Pupillen auch eine Aufhebung der Lichtreaktion gefunden werden, ebenso verhalte sich Kokainwirkung bei der mydriatischen Pupille. Lichtstarr sei die Pupille in tiefer Narkose, in sinnloser Trunkenheit und bei schweren O-O-Vergiftungen. Verf. erörtert dann weiter die allbekannten Erkrankungen des Zentralnervensystems, in denen die reflektorische Lichtstarre der Pupillen ein Dauersymptom ist, und schlägt vor, in allen Fällen, bei denen sich reflektorische Pupillenstarre findet, an Tabes und Paralyse zu denken, eine genaue Untersuchung des Zentralnervensystems, eventuell auch eine Blut- und Liquoruntersuchung nach Wassermann vorzunehmen. Die im Thema als Überschrift gestellte Frage beantwortet Verf. nicht.

Bouman (19): Kurze Übersicht über einige histologische Befunde bei verschiedenen Psychosen. (*Josephy.*)

Bouman (21) beschreibt klinisch und histologisch einen Fall von Poliomyelitis anterior chronica. Die Erkrankung war bei einem 48 jährigen Mann ein Jahr nach einem Trauma aufgetreten. Sowohl klinisch wie anatomisch muß man die Poliomyelitis anterior chronica, die progressive Muskelatrophie und die amyotrophische Lateralsklerose zu einer Krankheit zusammenfassen. Bezüglich der Bedeutung des Traumas für die Entstehung der Erkrankung muß man vorsichtig sein; es ist daran festzuhalten, daß eine Prädisposition vorliegen muß. (*Josephy.*)

Die Grundlage der Arbeit *Brouwers* (23) bildet folgender Fall: Eine Frau in der Mitte der vierziger Jahre erkrankt an doppelseitigen Augenmuskellähmungen, an die sich eine progressive Sehnervenatrophie anschließt. Bei der Obduktion findet sich ein Aneurysma der Carotis interna dextra, welches auf die Augenmuskelnerven gedrückt hatte. Die Untersuchung des Hirnstamms ergibt Degenerationen im rechten großzelligen Lateralkern sowie in einem Teil des Perliakerns. Die *Edinger-Westphal*schen Zellgruppen sind intakt. — *Brouwer* nimmt diesen Fall zum Ausgangspunkt für die Untersuchung zweier Fragen: 1. wie die sympathische Innervation der Okulomotoriuskerne anatomisch organisiert ist und 2. wie die verschiedenen Augenmuskeln im Okulomotoriuskern lokalisiert sind. Die Literatur ist eingehend referiert. Die Ergebnisse aus der vergleichenden Untersuchung zahlreicher Schnittserien von Tieren werden mitgeteilt. Verf. kommt zu dem Schluß, daß die Theorie, wonach die sympathische Funktion in die *Edinger-Westphal*schen Kerngruppen verlegt wird, noch am besten mit den anatomischen Tatsachen im Einklang zu bringen ist. Die Zellgruppe des Levator palpebrae sup. wird im frontalen Teil des gleichseitigen großzelligen Okulomotoriuskerns lokalisiert. Das Zentrum



für die Konvergenzbewegungen liegt außer im Perliakern auch in den kaudalwärts gelegenen Zellen der Raphegegend. Dementsprechend ist das Schema der Gliederung der Okulomotoriuskerne zu modifizieren. (*Josephy.*)

A. Busch (24) hat an 28 Hirnverletzten Versuche mit der *Kraepelin*schen Methode des fortlaufenden Addierens angestellt und diese mit Gesunden verglichen. Er ließ an vier aufeinanderfolgenden Tagen morgens und nachmittags je 10 Minuten rechnen, und zwar am 1. und 3. Tage mit einer Pause von 5 Minuten zwischen der 5. und 6. Arbeitsminute, an den übrigen Tagen ohne Pause. In einer zweiten Reihe, an der sich 13 Kranke beteiligten, wurde morgens zweimal 10 Minuten gerechnet; die dazwischenliegende Pause von 20 Minuten wurde durch leichte gymnastische Übungen ausgefüllt.

Die absolute Leistung, berechnet als Durchschnitt der ersten 5 Minuten aller 8 Versuche, betrug bei 8 Gesunden, unter denen sich einige Versuchspersonen von *W. Specht* befanden, 166,9—362,3 Additionen. Innerhalb dieser Grenzen lagen nur 3 Hirnverletzte, während 25 weniger leisteten. (Die Wertung aller Ergebnisse, die außerhalb der bei Gesunden gefundenen Zahlen liegen, als abnorm halte ich für unrichtig. Der Begriff der Gesundheitsbreite ist bei Leistungsprüfungen nur bei relativen Werten ohne weiteres anwendbar. Eine meiner gesunden Versuchspersonen rechnete in 5 Minuten nur 60 Additionen.) Die Ursache der Arbeitsverlangsamung sieht er in einer Herabsetzung der Willensspannung. Besonders gering ist die absolute Leistung bei Linksstirnhirnverletzten, namentlich bei Sprachgestörten. Der Willensantrieb bei Beginn der Arbeit sank relativ stärker als bei Gesunden. Die Hirnverletzten zeigten sich im Durchschnitt scheinbar weniger ermüdbar als die gesunde Versuchspersonen. Das hängt offenbar wieder mit der mangelhaften Willensanspannung zusammen, die eine geringere Ermüdbarkeit nur vortäuscht. Die Übungsfähigkeit unterschied sich nicht wesentlich von der Normaler. Leichte, körperliche Arbeit, die bei Gesunden wohl infolge psychomotorischer Erregung noch fördernd wirkte, rief bei der Mehrzahl der Hirnverletzten schon einen Zustand allgemeiner Erschöpfung hervor. (*Langelüddeke.*)

J. Dück (28) bespricht kurz die Stellung, die die experimentelle Psychologie im Dienste der Untersuchung und Wiederertüchtigung Gehirnverletzter einnimmt und läßt dann ein Schema folgen, nach dem er an der Innsbrucker Station für Hirnverletzte die Untersuchungen vornimmt. Seine Zusammenstellung bringt nichts Neues; sie enthält die gebräuchlichen und jedem Psychiater hinlänglich bekannten Intelligenzprüfungen, läßt aber gerade die für Hirnverletzte so überaus wichtigen Leistungsprüfungen ganz vermissen und deutet die ebenso wichtigen tachistoskopischen Untersuchungen nur eben an. Das Schema hat nur die Nachteile, nicht die Vorteile eines solchen. (*Langelüddeke.*)

*Economo*s (31) wertvolle Studie über die Encephalitis lethargica basiert auf dem Studium von 13 einschlägigen Fällen, deren Krankengeschichten mitgeteilt werden. Von vier Kranken wurde das Zentralnervensystem histologisch eingehend untersucht.

Bezüglich der Ätiologie mußte nach Ausschluß anderer Noxen angenommen werden, daß es sich um ein epidemisch auftretendes infektiöses Leiden handelt.



Der *Pfeiffer*sche Influenzabazillus kommt nicht in Frage, dagegen waren in einem Fall zunächst im Schnittpräparat kokkenähnliche Gebilde nachzuweisen. Weiterhin gelang es *v. Wiesner*, mit Hirnemulsion eines an Enzephalitis Gestorbenen einen Affen intradural zu infizieren; das Tier ging an einer schweren akuten hämorrhagischen Enzephalitis zugrunde. Auch die Infektion eines Kaninchens von der Bauchhöhle aus gelang. Als Erreger ließ sich ein gramnegativer Diplostreptokokkus züchten, mit dem wieder ein Affe erfolgreich infiziert wurde. Aller Wahrscheinlichkeit nach ist also dieser Diplostreptokokkus der Erreger der lethargischen Enzephalitis.

Der nächste Abschnitt der Arbeit behandelt die klinische Symptomatologie. Der Beginn der Erkrankung ist meist ein akuter, und zwar treten zunächst grippöse Symptome auf. Gewöhnlich nach wenigen Tagen setzen die nervösen Erscheinungen ein. Fieber kann fehlen, es kommen aber auch Temperaturen über 40° vor. Delirien sind häufig. Das auffälligste Symptom ist die Schlafsucht. Die Intensität des Schlafes wechselt vom leichten Schlummer, aus dem die Kranken durch Anruf zu erwecken sind, bis zum tiefen Koma. Auch die Dauer der Lethargie ist sehr variabel, wie überhaupt das Bild gerade dieses Symptoms ein sehr mannigfaltiges ist. Auffällig und recht charakteristisch ist, wie die aus dem Schlaf geweckten Patienten nicht benommen sind. Für die Theorie des Schlafes bietet die Lethargie mancherlei Anregung (Beteiligung des zentralen Höhlengraus?). Zeichen meningitischer Reizung sind im Beginn meist nachzuweisen. Die Lumbalpunktion ergibt oft erhöhten Druck. Geringe Pleozytose mit relativ hohen Werten für die Polymorphkernigen findet sich anscheinend regelmäßig. Augenmuskellähmungen (Okulomotoriuskern!) sind häufig, desgleichen bulbäre Symptome sowie Lähmungen, Paresen und Reflexstörungen der Extremitäten. Manchmal kommt Rigor der Muskulatur — wie bei *Wilson*scher Krankheit — sowie Athetose vor.

Die Diagnose basiert auf dem plötzlichen Beginn mit grippösen Erscheinungen, dem Meningismus, der Schlafsucht und kombinierte Augenmuskellähmung. S t a r k e Pleozytose im Liquor muß an eine beginnende Meningitis denken lassen. Die Prognose ist quoad vitam ernst; überlebt der Patient, so ist sie für die Lähmungen recht günstig.

Anatomisch zeigen die akuten Fälle eine ödematöse Hyperämie der Pia, außerdem eine akute Hyperämie besonders der grauen Substanz, und zwar sowohl der Rinde wie des zentralen Graus. Bei einem chronischen Fall war das Gehirn klein, die Leptomeninx war blaß, glänzend und leicht verdickt.

Histologisch ist der Befund bei den akuten Fällen „ziemlich typisch ein und derselbe: bei minimaler Beteiligung der Meningen an der Krankheit finden wir herdweise in der grauen Substanz der Hirnrinde, der Stammganglien und so fort bis in die Medulla oblongata eine Infiltration der Blutgefäße, interstitielle Infiltration der grauen Substanz und Neuronophagie". Der Prozeß zeigt sichtlich die Tendenz, das Marklager zu verschonen, andererseits aber das zentrale Grau vor der Rinde zu bevorzugen. Als Infiltratzellen kommen vor allem kleine „lymphoide" Elemente und „Polyblasten" in Frage. bemerkenswert ist der Befund von Polymorphkernigene Die Neuronophagien sind fast pathognomisch; sie betreffen durchweg einzeln.



Ganglienzellen oder kleinere Gruppen von ihnen: Der chronische Fall zeigt histologisch eine Atrophie der Rinde. Im zentralen Grau finden sich massenhafte Körnchenzellen, während die Elemente des akuten Prozesses ganz verschwunden sind.

Pathologisch-anatomisch hält Verf. „die Encephalitis lethargica für einen durch Infektion hervorgerufenen, echt entzündlichen Prozeß des Parenchyms des Nervengewebes mit sekundärer kleinzelliger Infiltration der Gefäße". Nona, Tübinger Schlafkrankheit, vielleicht auch Morbus Guerlier sind identische Erkrankungen.

(*Josephy.*)

E. Forster (38 a) unterscheidet zwischen psychischen Störungen gleich nach der Verletzung und nach Abheilung des akuten Krankheitsbildes. Er fand retrograde Amnesie in 21% der Fälle; nicht bewußtlos, trotz teilweise erheblicher Hirnverletzung, waren 25%. Von 57 Patienten, die im Anschluß an die Verletzung sofort eine schwerere Bewußtseinstrübung durchmachten, fanden sich Zeichen einer Kommotionspsychose bei 21 (= 37%). Es besteht ein Zusammenhang zwischen Kommotionspsychose und Hirndruck derart, daß der amnestische Symptomkomplex als eine symptomatische Psychose infolge des begleitenden Hirndruckes aufgefaßt werden kann. Die Ursache der Hirndruckerhöhung kann auch ein Hämatom sein. — Bewußtlosigkeit ist bei Hinterhauptsschüssen häufiger, offenbar bedingt durch die Nähe der Medulla oblongata. Eröffnung der Schädelkapsel scheint das Ausbleiben des amnestischen Symptomkomplexes zu begünstigen. *F.* führt zwei Fälle an, in welchen nach Operation durch Einsetzen einer begleitenden Meningitis serosa oder Hämatom und die dadurch bedingte Hirndrucksteigerung der amnestische Symptomenkomplex auftrat. Bei der Aufhebung des Bewußtseins blieben nicht selten räumlich-optische Störungen zurück. Diese, die oft eine psychische Veränderung vortäuschen, sind jedoch ein Herdsymptom der Parietookzipitalgegend, pflegen aber schon dem psychotischen Zustande eine besondere Färbung zu geben. In vielleicht noch stärkerem Grade finden sich eigenartige Färbungen der Psychose bei Stirnhirnverletzungen, bei denen öfters ein katatonisches Zustandsbild mit dem Hauptsymptom des „Mangels an Antrieb" sich einstellte; daneben bestanden kataleptische Erscheinungen, grundlose Heiterkeit; ein Patient, den Verf. beschreibt, ließ unter sich gehen, sprach nicht, weil er zu faul war; nur das Lachen fiel ihm leicht. — Nach dem Abklingen des psychotischen Zustandes wird das klinische Bild, sofern nicht Komplikationen hinzutreten, durch die Herdsymptome beherrscht. In diesem Stadium werden Mangel an Antrieb und räumlich-optische Störungen leicht für allgemeine psychische Symptome gehalten, und wenn sie gering ausgebildet sind, übersehen oder für funktionelle Klagen gehalten. Verf. führt mehrere Beispiele dafür an. Die Epilepsie der Kopfverletzten, die gewöhnlich erst mehrere Monate nach der Verletzung sowohl in der Form der genuinen wie der Rindenepilepsie (*Jackson*) auftritt, zeigt keine wesentlichen Unterschiede gegenüber den Friedenserfahrungen. Die Dämmerzustände pflegen nur kurz zu sein. Bemerkenswert ist die gesteigerte Reizbarkeit und die starke Alkoholintoleranz bei allen Formen. Daß schwerste psychotische Symptome bisher nicht beobachtet wurden, dürfte an der Kürze der Zeit liegen.



Im Endstadium, d. h. nach Ablauf aller akuten und subakuten Störungen, treten dann die Herdsymptome in größerer Reinheit hervor. Die sehr häufigen Affektstörungen haben nach Ansicht des Verf. ihre Ursache in dem Ausfall bestimmter Vorstellungsreihen; an den gewonnenen Erfahrungen sucht der Verf. seine an die Anschauungen *v. Freys* sich anlehnende Ansicht zu stützen, daß die Affekte Komplexe von Vorstellungen und nichts von ihnen prinzipiell Verschiedenes sind. In zweiter Linie steht neben den zahlreichen, sich aber meist bis zu einem gewissen Grade zurückbildenden umgrenzbaren Herdsymptomen die Herabsetzung der allgemeinen Leistungsfähigkeit, die namentlich bei Stirnhirnverletzten deutlicher in die Erscheinung zu treten scheint. Die hysterische Reaktion unterscheidet sich bei Gehirnverletzten in nichts von der bei nicht oder anders Verletzten. Klagen, die alle Hirnverletzten gleichmäßig auf Grund einer organischen Allgemeinschädigung haben, gibt es nicht. (*Langelüddeke.*)

E. Forster (38 b) bespricht an der Hand einer ausführlich beschriebenen Stirnhirnverletzung durch Gewehrtangentialschuß die Symptome des Mangels an Antrieb, verbunden mit Katalepsie, und des Agrammatismus, die nach Ablauf der zunächst bestehenden symptomatischen Psychose zurückgeblieben waren.

In erster Zeit war die Akinese so ausgesprochen, daß Pat. Kot und Urin ins Bett ließ, er sprach nicht, obgleich „der Kopf voller Witze war"; auf Aufforderung führte er alle Bewegungen prompt aus. Anfangs bestand nebenher noch Neigung zu Stereotypien und längere Zeit auch zu Perseveration, Erscheinungen, die, ebenso wie die ebenfalls bestehende Katalepsie, von *Kleist* auf Verletzung des Scheitellappens bezogen wurden. Als spezielle Lokalisation nimmt der Verf. die Mitte der ersten und zweiten Stirnwindung an, wobei er der ersten Hemisphäre die größere Bedeutung zuzuschreiben geneigt ist.

Das Bemerkenswerte an den agrammatischen Störungen war, daß sie ausschließlich der expressiven Sprache angehörten, daß also Sprach- und grammatisches Verständnis ungestört waren; ferner die Selbständigkeit der agrammatischen Störungen. Begründete Anhaltspunkte für eine motorische oder sensorische Sprachstörung fehlten ganz. Die Störung ist zurückzuführen auf eine Unterbrechung der Verbindung zwischen dem Gebiet der nichtsprachlichen Vorstellungen mit den Engrammen des sprachlichen Ausdrucks. Für das grammatische Verständnis müssen dabei andere transkortikale Bahnen angenommen werden wie für die grammatische Ausdrucksfindung. Der expressive Agrammatismus stellt als gestörte Satzfindung die höchste Stufe in der Reihe: gestörte Lautfindung, Wortfindung, Satzfindung. dar; ebenso ist anzunehmen, daß der impressive Agrammatismus die höchste Stufe in der Reihe: gestörtes Lautverständnis, Wortsinnverständnis, Satzsinnverständnis darstellen. Es muß angenommen werden, daß auch Störungen des grammatikalischen Verständnisses als isoliertes Ausfallssymptom vorkommen können; doch kann man den expressiven und impressiven Agrammatismus nicht mit der einfachen motorischen und sensorischen Aphasie vergleichen. Es handelt sich vielmehr um die Störung einer höheren sprachlichen Stufe. Für die Lokalisation dieser Störung des expressiven Agrammatismus nimmt Verf. im Gegensatz zu *Pick* und *Kleist* die Gegend der 2. und 3. Stirnwindung in der Nähe der *Broca*schen Stelle an. Dafür



sprechen auch Beobachtungen von *Bonhoeffer*, *Heilbronner* und *Salomon*, die agrammatische Störungen expressiver und impressiver Art in Begleitung von motorischer Aphasie sahen. (*Langelüddeke.*)

Friedländer (41) führt an der Hand mehrerer Krankengeschichten syphilogener Geisteskrankheiten aus, daß in allen, nicht völlig aussichtslosen Fällen von progressiver Paralyse eine energische, spezifische Behandlung geboten und erfolgversprechend sei. Die endolumbale Behandlung scheine der intravenösen nicht überlegen zu sein. Verf. hält für das Aussichtsreichste eine etappenweise ansteigende, hoch dosierte Behandlung mit Salvarsan, Quecksilber und Jod, die chronisch intermittierend festgesetzt werden müsse, wie sie von *Alter* empfohlen worden sei. Von 15 nach dieser Methode behandelten Fällen seien 7 = 47% längeren Remissionen zugeführt, 7 = 47% stationär gestaltet, 1 = 6% refraktär geblieben. Die meisten Fälle seien in den körperlichen, geistigen und serologischen Krankheitserscheinungen durch die spezifische Behandlung günstig beeinflußt. Die bisher schon recht zweifelhafte Grenze zwischen Paralyse und den übrigen syphilogenen Geisteskrankheiten im engeren Sinne sei durch die spezifische Behandlung noch mehr verwischt.

In einer umfangreichen Arbeit von 167 Druckseiten legt *Fröschels* (42 a) seine Gedanken zur Aphasielehre auf Grund von Beobachtungen der kindlichen Sprachentwicklung und ihre Anomalien nieder. In einer psychologischen Einleitung geht Verf. zunächst auf die Assoziationspsychologie ein, behandelt sodann die Lehre von den transitiven Bewußtseinsinhalten und erörtert die Frage nach der Identität von Denken und Sprechen, den Weg vom Denken zum Sprechen. Eingehend bespricht er die Entwicklung der Sprache beim Kinde um dann an der Hand geeigneter Fälle auf die Pathologie der Sprache, die eigentlichen Sprachstörungen, überzugehen, unter stetem Vergleich der Aphasien mit der Kindersprache. Im letzten Kapitel gibt er einige therapeutische Winke. Als Anhang I beschreibt er sehr eingehend einen Fall von sensorischer Aphasie; Anhang II bringt das Schema nach *Baerwald* zur Prüfung der Sinnestypen mit vier Beispielen an Aphatikern.

Fuchs (43) faßt in seinem Büchlein die Abhandlungen aus dem Lehrkörper der Berliner Schule für Kopfschußverletzte zusammen. Ihr Inhalt ist wesentlich pädagogischer Art, hat aber auch für den Arzt, der an Hirnverletztenstationen tätig ist, ein aktuelles Interesse insofern, als die pädagogische Behandlung dieser Kranken neben der Arbeitsbehandlung und der ärztlichen Beobachtung durchaus im Vordergrunde der Behandlung überhaupt steht.

Im 1. Kapitel: „Die pädagogischen Fehler der Kopfschußverletzten und ihre heilpädagogische Behandlung“ gibt Verf. zunächst einen Überblick über die Symptome, die „pädagogischen Fehler“ und dann ganz allgemein pädagogische Anleitungen zur Behebung der wichtigsten unter ihnen. Pflege des Gedankenausdrucks, Lesen, Schreiben, Rechnen, Turnen und Handfertigkeit sind die am meisten betriebenen Unterrichtsfächer, wobei jedesmal der elementarste Unterricht neben weit höheren Ansprüchen in Frage kommen kann. Wenn freilich der Verf. die Kopfschußverletzten zur Selbstbeobachtung erziehen will, so kann man dem meines Erachtens nicht zustimmen. Die Folge wird kaum eine richtige Einschätzung der



wirklich vorhandenen Kräfte, vielmehr das Auftreten neurasthenischer und hysterischer Begleiterscheinungen sein. So dürfte es auch zu erklären sein, daß Verf. von „allgemeinen, allen Kopfschußverletzten anhaftenden Mängeln" sprechen kann. Derartige allgemeine Symptome sind das Produkt verkehrter Erziehung und fehlten z. B. sowohl in Köln bei *Poppelreuters* Kranken, wie auch auf unserer Station in Hannover. Bei aller gebotenen Vorsicht wird man doch auch an Leichtverletzte schon im Unterricht größere Anforderungen stellen dürfen; so ist z. B. das Turnen und Spielen besonders geeignet, das Selbstvertrauen wieder zu heben, und man kann Leichterverletzte auch ohne Gefahr Schlagball und Fußball spielen lassen; sie können springen und leichtere Übungen am Barren, Pferd und Reck ausführen. Bezüglich der Arbeitsbeschäftigung ist es wichtig, die Verletzten von vornherein auf praktische Arbeit vorzubereiten; der Lärm in den maschinellen Betrieben wird bei mittlerer Stärke von vielen, wenn nicht den meisten, gut vertragen. Verf. sieht zu schwarz, wenn er meint, daß den Kopfschußverletzten das Heben, Bücken Gerüstesteigen nicht mehr möglich sei, es ist ihnen nur erschwert. Im übrigen darf man mit seinen Ausführungen, die die Schwierigkeit der zu leistenden Arbeit erkennen lassen, wohl einverstanden sein.

In einem weiteren Abschnitt wird die Erkennung der psychischen Schädigungen durch Experiment und Allgemeinbeobachtung besprochen, wobei der Verf. (*Friederici*) mit Recht betont, daß beide sich ergänzen müssen, und verlangt, daß dem Untersucher die Daten der objektiven Anamnese zugänglich sein müssen. Die Untersuchung erstreckt sich auf die Intelligenz, das Gedächtnis, die Sprache, das Gefühls- und Willensleben (letztere lassen sich vorwiegend aus der Beobachtung erschließen) und die schulischen Kenntnisse und Fertigkeiten.

Die folgenden Kapitel gehen nun mehr auf speziellere Fragestellungen ein; sie behandeln: die unterrichtliche Behandlung der Wortvergessenheit (*Fuchs*); die Förderung eines Kopfschußverletzten mit schwerer Sprach-, Schreib- und Lesestörung (*Zausch*); den Versuch, einem Verletzten mit motorischer Aphasie zum Spontansprechen zu verhelfen (*Schwermer*); Sprachstörungen und ihre Behandlung (*Nickel*); die Bekämpfung von Denkhemmungen Hirnverletzter durch den Unterricht (*Hamel*); die heilpädagogische Behandlung von Konzentrations- und Denkhemmungen in zwei leichten Fällen (*Ruthe*); Rechenhemmungen bei Kopfschußverletzten (*Dreßler*); Förderung im Rechnen (*Hertel*); Fehler in der Rechtschreibung und ihre Behebung (*Fuchs*); Stenographieunterricht als heilpädagogische Maßnahme bei einem Kopfschußverletzten (*Mertelsmann*); leichte Handarbeit für Handgelähmte (*Dannenberg*); und Störungen der willkürlichen Bewegungen und ihre Behandlung durch Turnen (*Rosenkranz*). (*Langelüddeke.*)

Goldstein (47) gibt einen kurzen Überblick über die Untersuchung, Behandlung und Fürsorge der Hirnverletzten. Die Behandlung teilt er in ärztliche, psychologisch-pädagogische und Arbeitsbehandlung, denen ähnliche Prüfungen vorausgehen müssen. Besonders wichtig sind die Prüfungen der allgemeinen psychischen und körperlichen Leistungsfähigkeit. Bei den letzteren unterscheidet er konkrete und abstrakte Methoden und führt Beweise für die Brauchbarkeit der letzteren an. Er betont die Wichtigkeit der wirklichen Berufsarbeit als Arbeitsbehandlung.



Für die beschränkt Arbeitsfähigen verlangt er die Einrichtung einer kolonialen Siedelung auf dem Lande mit genossenschaftlicher Grundlage. (*Langelüddeke.*)

Goldstein und *Gelb* (48), die an der Frankfurter Station für Hirnverletzte zusammen arbeiteten (*Gelb* als Psychologe) lassen eine Reihe psychologischer Analysen hirnpathologischer Fälle erscheinen; in der ersten derselben wird nach einigen einleitenden Vorbemerkungen über die Bedeutung der Psychologie bei der Erforschung von Ausfallserscheinungen ein Fall von Verletzung des Hinterhauptslappens und des Kleinhirns beschrieben. Die Störungen auf dem Gebiete des optischen Wahrnehmens und Erkennens zeigten sich zunächst als Wortblindheit; diese wurde erst bei tachistoskopischer Untersuchung gefunden, während Pat. bei gewöhnlicher Darbietung hatte lesen können, wenn auch nur langsam. Es stellte sich bei genauerer Beobachtung nun heraus, daß er ein ausgesprochen motorischer Typ war, der nur lesen konnte, wenn er die einzelnen Buchstaben mit der Hand oder mit dem Kopfe nachfahren konnte; er versagte sofort, wenn er das nicht tat oder wenn die Buchstaben nicht seiner Schreibweise entsprachen oder wenn die Schriftbilder durch Nebenlinien irgendwelcher Art durchkreuzt wurden. Im letzteren Falle gelang es wieder, wenn die Nebenlinien sich durch Kontrastwirkung (andere Farbe, verschiedene Dicke) genügend von den Hauptlinien abhoben. Dem entsprach auch das Verhalten des Pat. anderen optischen Gebilden gegenüber; geprüft wurde mit Umrißzeichnungen (Umrißgestalten), Flächen (Flächengestalten) und Körpern. Das Erkennen ging nur vor sich, wenn das Objekt den Pat. zu adäquaten, d. h. in ihm bekannte sinnvolle Erlebnisse hervorrufenden Bewegungen veranlaßte; ferner wenn die motorischen Erlebnisse nicht zu kompliziert und wenn die Möglichkeit des Erkennens nur auf optisch erfaßbaren Eigentümlichkeiten beruhte (z. B. perspektivische Strichzeichnungen). Die als „scheinbare Gestalt" bezeichnete Erscheinung, d. h. die psychische Veränderung des physiologischen Netzhautbildes im Sinne der Annäherung an die wirkliche Form, wurde bei dem Pat. nur in geringem Grade angetroffen: Ein schräggestellter Kreis wurde als Ellipse, ein schräggestelltes Quadrat als Rechteck bezeichnet. Das Verständnis für Flächengestalten war prompter und sicherer als das für Umrißgestalten.

Durch eine eingehende phänomenale (qualitative) Analyse ließ sich nun feststellen, daß der Pat. zwar Farben und Helligkeitsunterschiede sehen konnte, daß er aber alles in verschwommenen Flecken sah, aus deren groben Unterschieden — z. B. sah er eine dreieckige Fläche oben dünner als unten, eine Kreisfläche überall gleich dick — er mit Hilfe des Nachfahrens vieles erraten konnte: „Das, was der Pat. optisch hat, entbehrt immer spezifisch charakteristischer Struktur. Seine Eindrücke sind nicht festgestaltet wie die des Normalen, es fehlt ihnen z. B. das charakteristische Gepräge des Quadrates, Dreiecks, der Geraden, der Krummen usw."

Auf Einzelheiten einzugehen, würde zu weit führen. Es handelt sich um einen Fall mit einer Störung, die *Lissauer* als apperzeptive Form der Seelenblindheit postuliert und der assoziativen Form gegenübergestellt hat. (*Langelüddeke.*)

In zwei Fällen fand *Hauptmann* (52 b) bei progressiver Paralyse „Spirochäten in so charakteristischer Anordnung und mit solch besonderer Einwirkung auf das Gehirngewebe, daß die betreffenden Stellen auch im Zellpräparat dargestellt werden



konnten". Solche Beobachtungen sind „wichtig, da sie uns zum ersten Male lokale Einwirkungen von Spirochäten auf die Gewebselemente des Gehirns zeigen". Es handelte sich beide Male um Paralysen, die klinisch nicht auffällig waren. In der Hirnrinde fanden sich Herde, die aus einem Kern — im Silberpräparat dichtmaschig oder auch homogen — und einem ihn umgebenden Kranz von Spirochäten bestanden. Ein Teil der Herde ist nach *Hauptmann* durch Koloniebildung — ähnlich den „Bienenschwärmen" *Jahnels* — entstanden, ein anderer Teil steht in Beziehungen zu Gefäßen. Im Zellpräparat waren gliöse Elemente nachzuweisen; außerdem fanden sich zuweilen Leukozyten und andere Zellen, die als reaktive Bildungen gegen das geschädigte Hirngewebe zu deuten sind. Die Herde haben keine Beziehungen zu miliaren Gummen, haben auch nichts mit dem fleckweisen Markscheidenausfall zu tun. Die Arbeit zeigt, wie schwierig das Problem der Beziehung von Spirochäte zum Gewebsprozeß selbst in günstigen Fällen zu beurteilen ist. (*Josephy.*)

Heß (58) stellt 30 beobachtete Fälle mit Erscheinungen von frühzeitigem Auftreten von Gerontoxon bzw. Arcus juvenilis und virilis corneae zusammen aus dem Krankenmaterial der Nervenstation des Res.-Laz. II Hamburg. Der jüngste der erwähnten Kranken war 19 Jahre, der älteste 46 Jahre alt. In 23 Fällen handelt es sich um psychopathische Konstitution, Psychoneurosen, neurasthenische Erschöpfungszustände und hysterische Zustandsbilder. Drei der erwähnten Kranken waren Epileptiker, zwei Tabiker, einer litt an *Raynaud*scher Krankheit und einer an Versteifung des rechten Ellbogengelenkes. *H.* schließt daraus auf einen engen Zusammenhang zwischen dem frühzeitigen Arkus und der Krankheitsgruppe der Neurosen und hält das alleinige Zustandekommen der (Kriegs-)neurosen auf psychogenem (ideogenem) Wege für recht unwahrscheinlich. Eine praktische Bedeutung komme diesem Arkus nur in dem Sinne zu, daß er auf eine stärkere Erschöpfung schließen lasse.

Hoche (62) betont zunächst, daß im Prinzip jede menschliche Krankheit heilbar ist, deren Erreger wir kennen. Bei der Heilung der Paralyse aber dürfe man nicht ein Verschwinden aller Krankheitsspuren verlangen. Ein lebenslänglicher gleichbleibender Stillstand sei einer Heilung gleichzusetzen. Bisher sei das Dogma von der Unheilbarkeit der Paralyse ein Hemmnis aller Bemühungen gewesen. Jeden Tag aber könne ein Verfahren zur Züchtung der Spirochäten und zur Gewinnung eines geeigneten Serums gefunden werden. In diesem Falle würde die Paralyse verschwinden, weil dann jeder Syphilisfall so früh und so radikal behandelt werden könnte, daß ein Entstehen der Paralyse gar nicht in Frage käme. In jedem Falle sei die allgemeine Mitarbeit an allen heute keineswegs mehr aussichtslosen Problemen die Voraussetzung weiterer Fortschritte.

Hoffmann (66) vertritt die Ansicht, daß auch frühe oder späte Nervenerkrankungen einschließlich Tabes und Paralyse um so sicherer verhütet werden, je früher die Salvarsan-Quecksilberkur im Primärstadium begonnen wird. Bei primärer seronegativer Syphilis sei die Frühheilung, die dauerndes Erlöschen der Ansteckungsfähigkeit und Freibleiben von jeder nervösen Nachkrankheit (?) bedeute, so gut wie regelmäßig zu erzielen. Bei primärer seropositiver Syphilis sei



dies durch eine recht starke Kur, in veralteten Fällen durch zwei starke kombinierte Kuren noch ziemlich regelmäßig zu erzielen. Bei frischer sekundärer Syphilis reiche jedoch mitunter auch dieses Behandlungsmaß nicht aus. Zur Bekämpfung der Syphilis als Volksseuche und für die Verhütung nervöser Folgekrankheiten sei mit allen Mitteln auf möglichst frühe Erkennung der Erkrankten und sofortigen Beginn energischer, genügend starker Salvarsan-Quecksilber-Behandlung zu wirken. Ferner hält Verf. weitgehende Aufklärung aller Volkskreise über den unscheinbaren Beginn der primären Syphilis und gute Ausbildung aller Ärzte auf diesem Gebiete für dringend erforderlich.

Jahnel (73) bringt eine Fortsetzung seiner im Vorjahre referierten Spirochätenstudien bei Paralyse. Es ist anzunehmen, daß die Spirochäten in jedem paralytischen Gehirn, wenn auch eventuell nur in geringer Zahl, vorhanden sind. Der regelmäßige Nachweis scheitert an den Grenzen, die der Untersuchungsmöglichkeit gesetzt sind. Wäre die Vermehrung der Spirochäten im Gehirn eine schrankenlose, so wäre die Paralyse wahrscheinlich keine chronische, sondern eine akute Erkrankung. Dies sieht man beim „Anfall" — in weitestem Sinne — verwirklicht. Hier findet man meist zahlreiche Spirochäten, vor allem finden sie sich auch an vielen Stellen des Gehirns. — Es ist noch nicht geklärt, wie die Schädigung des Gehirns durch die Parasiten zustande kommt. Toxinwirkungen hält *Jahnel* nicht für wahrscheinlich. Den Zusammenhang zwischen massenweisem Auftreten der Spirochäten und Anfall hält er für erwiesen. — Auch in Gehirnen intensiv mit Salvarsan behandelter Paralytiker finden sich Spirochäten. — Bezüglich des Einflusses von Fieber bzw. Leukozytose auf die Paralyse bzw. die Spirochäten bringt *Jahnel* mehrere interessante Befunde. — Es ist falsch, zu versuchen, die im Gehirn sich findenden histologischen Veränderungen einfach mit den nachgewiesenen Spirochäten in Beziehung zu setzen. — Die Verteilung der Spirochäten im Gehirn geschieht wahrscheinlich auf dem Blutwege; andererseits muß man aber auch annehmen, daß wieder eine Rückwanderung der Parasiten vom Gehirn in die Blutbahn stattfindet. Auch eine Ausbreitung durch Wanderung findet statt. „Bei der Paralyse ist das nervöse Parenchym des Zentralnervensystems der nie erlöschende und stets sich erneuernde Infektionsherd, von dem aus wohl Parasiten ins Blut gelangen, aber wieder aus diesem ins Nervensystem zurückkehren." — „Eine Beziehung zwischen Spirochäten und dem paralytischen Krankheitsvorgange offenbart sich namentlich in folgenden Punkten:

1. Die Paralyse ist vorwiegend eine Gehirnrindenerkrankung, desgleichen eine Hirnrindenspirochätose.

2. Der in jedem Fall verschiedenen Ausbreitung des paralytischen Prozesses entspricht eine von Fall zu Fall wechselnde Spirochätenlokalisation.

3. Dem Nebeneinander (*Nissl*) von degenerativen und entzündlichen Veränderungen geht ein Nebeneinander von Spirochäten im nervösen Parenchym und am bzw. im mesodermalen Gewebe parallel." (*Josephy.*)

Kleist (80 b) bespricht in seiner Arbeit die allgemeinen Grundlagen der subkortikal bedingten Bewegungsstörungen. „Die choreatisch-athetotischen Bewegungen, die bei Verletzungen des Kleinhirns (Nucleus dentatus), des Bindearms, des roten Kerns, des Thalamus, vielleicht der Radiatio thalamo-striata, des Globus

pallidus sowie des Putamen und Schwanzkerns vorkommen, sind demnach sämtlich an einen zusammenhängenden afferenten Leitungsweg und dessen zentrale Endigung gebunden. Auf diesem Leitungswege werden dem Striatum Regulierungen und Hemmungen zugeführt, deren Unterbindung an einer beliebigen Stelle zur Inkoordination automatischer Bewegungen, zu ihrem Zerfall in einfachere Bausteine und zur Steigerung von Leit- und Ausdrucksbewegungen führt." Für die Akinese bei Striatumerkrankungen kommt möglicherweise die Entartung der Linsenkernschlinge in Frage. Der Tremor wird „kaum ein direktes Symptom des Corpus striatum darstellen, sondern eher einer Funktionsstörung der motorischen Haufenzentren, besonders des roten Kerns, entspringen". (*Josephy.*)

Licen (98): Eine 40 jährige Frau erkrankt unter dem Bilde einer atypischen, multiplen Sklerose. Exitus nach 4½ jähriger Krankheitsdauer. Die histologische Untersuchung deckte herdförmige und diffuse Veränderungen im Zentralnervensystem auf, deren entzündliche Natur durch das Vorkommen von Lymphozyten, Plasmazellen und Polyblasten bewiesen wurde. In vielen Herden waren alle nervösen Bestandteile zugrunde gegangen, wodurch die Stabilität der Ausfallssymptome in vivo erklärt wurde. Es fanden sich außerdem Blutungen, die sich klinisch im plötzlichen Auftreten von Symptomen bemerkbar machten. Entzündliche Veränderungen am Gefäßapparat, Zerfallsvorgänge der nervösen Substanz und hypertrophische Gliawucherungen schienen weitgehend unabhängig voneinander zu sein. Ätiologisch kam wahrscheinlich eine Nephritis und Endokarditis in Frage. (*Josephy.*)

Lippmann (99) macht auf die Bedeutung des Zusammenhangs von Hypertonie und Blutdrucksteigerung mit der Apoplexie und Enzephalomalazie aufmerksam und erhebt an einer Reihe eingehend untersuchter Krankheitsfälle zur Regel, daß fast ausnahmslos alle Apoplektiker Hypertoniker sind. Seine Beobachtungen faßt *L.* in folgende Sätze zusammen: 1. Die Häufigkeit von Apoplexie und Enzephalomalazie verhält sich wie 2,6 : 1. Wiederholte Schlaganfälle sprechen ebensosehr für Apoplexie wie für Enzephalomalazie 2. Bei Apoplektikern besteht fast ausnahmslos eine stärkere Hypertonie, bei Kranken mit Enzephalomalazie in rund der Hälfte der Fälle, so daß nur der niedere Blutdruck für diese Krankheit spricht. 3. In ²/₃ der Apoplexiefälle findet sich Herzhypertrophie und Arteriosklerose, die meist im Gehirn, oft in der Niere (Granulaniere) lokalisiert ist. Die „blande Nierensklerose" *Vollhards* wird nicht als regelmäßige primäre Ursache der Hypertonie gelten gelassen.

Maas (101) beschreibt einen Fall von systematischer Linsenkerndegeneration. Ein früher stets gesunder Mann erkrankt im mittleren Lebensalter an allmählich zunehmender Ungeschicklichkeit der oberen Extremitäten, bekommt später einen „Schlaganfall" und geht geistig zurück. Untersuchung 6 Jahre danach ergibt starkes Zittern des Kopfes, des Rumpfes und der oberen Extremitäten; bei Zielbewegungen Wackeln; Sprache skandierend und näselnd; später Erschwerung der passiven Bewegung der Beine. Exitus 12 Jahre nach Beginn des Leidens. Anatomisch findet sich im Linsenkern beiderseits ein fast völliger Schwund der Ganglienzellen und starke Gliawucherung. — Linsenkerndegeneration und Pseudosklerose sind identische Erkrankungen. (*Josephy.*)



Mayer (107) bringt drei Fälle, bei denen ein Hydrocephalus internus sekundär hypophysäre bzw. epiphysäre Störungen ausgelöst zu haben scheint. 1. 4 jähriger Idiot mit starker Adipositas. 2. Angeborener Hydrozephalus, 9 Jahre alt, mit typischen Hypophysenstörungen (Dystrophie der Genitalien mit gleichzeitiger starker Adiposität in charakteristischer Verteilung; Andeutung von akromegalen Symptomen). 3. 8 jähriges Kind, erworbener Hydrozephalus, im Anschluß daran entwickelt sich ein an Pubertas praecox erinnerndes Krankheitsbild.

Therapeutische Versuche bei allen drei Fällen waren wirkungslos. (*Josephy.*)

Nießl v. Mayendorf (112) sucht durch die Beobachtung einer Amnesia verbalis-kinaesthetica nach Kopfstreifschuß, wobei Knochensplitterchen in die Hirnrinde eindrangen, seine Anschauung zu stützen, daß das motorische Sprachzentrum für Lautbildung im unteren Drittel der vorderen Zentralwindung liege, während er die Zusammensetzung der Laute zu Worten einem Assoziationsvorgange zuschreibt, der aus dem Zusammenwirken der vorderen Zentralwindung und den Gyri profundi der ersten Schläfenwindung zustande kommt.

Der Standpunkt des Verf., daß das Stirnhirn „stumm" sei, darf wohl durch zahlreiche Kriegsbeobachtungen als widerlegt gelten. (*Langelüddeke.*)

Nießl v. Mayendorf (113) bespricht an der Hand von 9 Fällen, die er mitteilt, die Symptome der Kriegsverletzungen der Scheitelgegend. Für den Kortex ist die unvollständige Lähmung als Dauerform der Motilitätsstörung charakteristisch; die Lähmung betrifft mit Vorliebe gewisse Muskelgruppen, während andere funktionstüchtig bleiben; doch ist eine Selektion von Muskelgruppen, wie sie bei Herderkrankungen der inneren Kapsel häufig ist, nach Verletzung der Rinde und des Marks der Zentralwindungen keineswegs regelmäßig, und wenn sie vorhanden ist, so doch nur angedeutet und isoliert in Schulter- oder Arm- oder Beingebiet, niemals in allen dreien wie beim *Wernicke*schen Typus. An Stelle der bisher nicht beobachteten Monoplegien sah Verf. Lähmungen von Gliedabschnitten (Fuß, Hand, Finger), bei denen er die Neigung zum Befallenwerden der distalen Gliedabschnitte hervorhebt. In einigen Fällen glichen die Lähmungen mehr oder weniger den bekannten Bildern peripherer Nervenlähmungen (Radialis- und Peronäuslähmung). Mit der sehr häufigen Fazialislähmung ist meist eine solche des motorischen Zungennerven verknüpft, die sich nicht nur in der Schiefstellung, sondern meist in mehr oder minder lebhaftem Tremor der Zunge zu erkennen gibt. Zugleich mit den Lähmungen können Spannungszustände in anderen Muskelgruppen auftreten; diese Kontrakturen befallen öfter die proximalen Gelenke; sie können mit der Besserung der Paresen sich wieder lösen. Die zerebrale Atrophie läßt sich durch bloße Inaktivität nicht erklären; vielleicht hat der Fortfall der Leitung der peripheren sensiblen Reize zum Kortex trophische Störungen zur Folge. Der positive *Babinski*sche Reflex ist keine notwendige Folge einer organischen Pyramidenläsion; bei Unempfindlichkeit der Fußsohlen kann die Großzehenstreckung ausbleiben. Bei Hysterischen kann aus diesem Grunde trotz Steigerung der Sehnenreflexe und Fußklonus der positive Ausfall des *Babinski*schen Symptoms vermißt werden. Anomalien der Bewegungsempfindungen zeigen sich in ataktischen Symptomen. Zu den häufigsten Erscheinungen bei Schußverletzungen der Scheitelgegend gehört



die Tastblindheit; diese ist weder die Folge einer Störung der Lokalisations-, noch der Lage-, noch der Bewegungsempfindungen; doch begründet die gleichzeitige Anwesenheit einer Störung der Lokalisations- und Bewegungsempfindungen auch bei gutem Berührungsempfindungsvermögen das Vorhandensein einer Astereognosie. Die motorischen Ausfallserscheinungen zeigen, sofern nicht eine Verletzung beider Hemisphären ihnen zugrunde liegt, eine deutliche Neigung zu wenigstens teilweiser Wiederherstellung der Funktion, am meisten die motorische Aphasie; ungünstiger verlaufen die Störungen der Hautsensibilität, die weitgehende Besserungen nicht zeigen. Psychische Untersuchungen sind leider nicht erwähnt. (*Langelüddeke.*)

Nonne (115) erinnert an die Fälle von Paralyse, die sehr lange „inzipient" oder sehr lange „imperfekt" sind, daß aber auch „typische" Fälle sehr häufig Remissionen zeigen. Er rekapituliert die Ansichten der verschiedensten Psychiater und Neurologen über die Prognose der progressiven Paralyse, führt, unter Hinweis auf früher von ihm beobachtete Fälle, einige weitere Beobachtungen an und kommt auf Grund der von ihm mitgeteilten Fälle zu folgendem Schluß: „Die Symptome der Dementia paralytica, soweit sie uns heute in ihren klinischen, serologischen, physikalischen und chemischen Befunden bekannt sind, können verschwinden." Somit müsse man auch praktisch die Möglichkeit der Heilung einer Paralyse zugeben. „Dabei ist Voraussetzung, daß uns weitere Erfahrungen nicht dahin belehren, daß auch der Umschlag im Liquor zur Norm wieder zu krankhaftem Verhalten des Liquor umschlagen kann." *Nonne* meint, daß wir uns nicht nur in klinischer, anatomischer, serologischer, biologischer, sondern auch in prognostischer Hinsicht auf dem Gebiet der Paralyse gegenwärtig wieder auf Neuland befinden.

Pandy (123) betont an einer Reihe von Beobachtungen die Wichtigkeit der Leukoplakie des Mundes, als des unzweideutigsten, am leichtesten sichtbaren und häufigsten Zeichen überstandener Lues. *P.* ist der Ansicht, daß die Leukoplakie immer luetisch bedingt ist, und daß derjenige, der Leukoplakie hat, auch an Lues gelitten hat und vielleicht noch daran leidet.

Plaut (130) stellt nach den Forschungsergebnissen des letzten Jahrzehnts eine larvierte Nervensyphilis den klinisch erkennbaren Formen der Syphilis des Zentralnervensystems gegenüber, als Vorstadium der klinischen Formen. Aus den Liquoruntersuchungen könne man sagen, daß fast jeder Syphilitiker im Sekundärstadium eine syphilitische Meningitis durchmache. Verf. geht sodann auf die Untersuchungsmethoden des Liquor und ihre Ergebnisse ein, referiert die Ansichten der verschiedensten Autoren, bespricht sodann die klinischen und serologischen Symptome der frühsyphilitischen Meningitis und rät dringend, in keinem Falle von Syphilis die Wa.-R. zu unterlassen und die Therapie, besonders der nervösen Formen, unter Liquorkontrolle vorzunehmen. Therapeutisch hält *Pl.* die kombinierte Hg-Salvarsanbehandlung für ratsam. In den Behandlungspausen sei die Verabreichung von Jod vorteilhaft.

Sodann gibt Verf. einen Überblick über die heutigen serologischen, anatomischen und klinischen Ansichten von Paralyse und Tabes.

Poppelreuter (134) ist auch in diesem Bande der „psychischen Schädigungen durch Kopfschuß" sehr anregend. In der Einleitung bespricht er zunächst die



Fehler und die Nachteile der auch jetzt noch geübten medizinischen Rentenbegutachtung; er weist auf die Unmöglichkeit hin, in der Sprechstunde und Klinik, wo die Leistungsfähigkeit nicht geprüft werden kann, Urteile über die Arbeitsfähigkeit des Untersuchten abzugeben, und verlangt, namentlich für neurologische Fälle, eingehende Prüfungen der praktischen Leistungsfähigkeit unter Anwendung exakter Methoden, die soweit wie möglich den natürlichen Verhältnissen angepaßt sein müssen: „Medizinische Diagnose ist nicht Leistungsurteil!"

Den Komplex nervöser Erscheinungen, innerhalb dessen die Herabsetzung der körperlichen Leistungsfähigkeit am meisten hervortritt und der sich als chronischer Zustand an chirurgisch geheilte Hirnverletzungen anschließt, bezeichnet Verf. im Anschluß an *Kraepelin* als „hirntraumatische Leistungsschwäche". Diese kann jedoch nicht als ein anatomisch-neurologisch fest präzisiertes Krankheitsbild aufgefaßt werden, da eine gesetzmäßige Zuordnung von Hirntrauma und chronischem nervösen Spätzustand sich nicht aufstellen läßt. Nach der chirurgischen Heilung ist das allmähliche Erreichen des gesunden Körperzustandes die Regel. Die zahlreichen Beschwerden, die Hirnverletzte auf Befragen vorbringen, sind zum größten Teil ein Produkt der ärztlichen Untersuchung und sind nicht allzu wörtlich zu nehmen. Die schwere, dauernde Beeinträchtigung des Wohlbefindens ist als längerdauernder Spätzustand selten; überwiegend ist das zeitweise Auftreten von Beschwerden bei besonderen Gelegenheiten. Fälle, die früher ernstlich infiziert gewesen sind, müssen bezüglich ihrer Spätzustände schlechter beurteilt werden, als aseptisch geheilte. Zwischen der Größe der Hirnverletzung und der Störung des späteren subjektiven Allgemeinzustandes besteht keine gesetzmäßige Abhängigkeit. Gerade die Schwerverletzten bleiben oft ohne Erkenntnis der schweren Einbuße an Leistungsfähigkeit, die sie erlitten haben. Verf. bespricht ausführlicher noch das Verhalten der psychogenen Fälle, wobei er sich mit der *Oppenheim*schen „traumatischen Neurose" kritisch auseinandersetzt, namentlich auch das verschiedene Verhalten der Hysteriker im Vergleich mit den organischen Fällen sowohl im allgemeinen als auch speziell in bezug auf den Arbeitswillen. An der Hand von einigen Krankengeschichten schildert Verf. dann die einzelnen Typen hinsichtlich ihres Arbeitswillens, der mehr oder minder schweren Hirnverletzung, der psychogenen Komponente und des Verlaufs ihrer Rekonvaleszenz.

Unter den speziellen Untersuchungen wird zunächst die Beeinflussung des Hirnvolums durch die körperliche Arbeit nach der graphischen Registrierung behandelt. Der interkranielle Druck ist von vier Faktoren abhängig; von diesen kann der Liquor und die Hirnlymphe vernachlässigt werden; von wesentlicher Bedeutung sind dagegen der arterielle Zufluß und der venöse Abfluß. Diese gehorchen dem Gesetz: A + V = Volumen konst. Durch die Trepanation wird nun dieses Gesetz ungültig, da die Schädelkapsel nicht mehr im ganzen starr ist, sondern an der Stelle der Trepanation ausweichen kann. Dadurch entstehen schädliche Wirkungen verschiedener Art: 1. eine mechanische Zerrung beim Bücken; 2. die Zerrung der sekundären Anschoppung — darunter versteht Verf. das Nachstadium nach dem Bücken, welches in einer Volumzunahme mit Erhöhung der Pulsation in der Zeit der Ruhestellung besteht; 3. die Begünstigung der venösen Anstauung beim Bücken



selber; 4. eine Störung des ernährenden Ausgleiches hinterher. Je länger das Bücken dauert, desto größer ist die Volumenzunahme und desto länger dauert das Wiederabfließen. Aber nicht nur das Bücken, sondern alle körperlichen Arbeiten sind von erheblichen Bewegungen und Blutversorgungsänderungen des Hirns begleitet; das ist zu sehen beim Aufstehen aus der Sitz- oder Liegehaltung, beim Drehen des Kopfes, beim Ziehen und Pressen der Hände. Besonders unangenehm ist den Hirnverletzten horizontale oder gar Tieflagerung des Kopfes. Die deshalb angeordnete therapeutische Hochlagerung des Kopfes hat sich gut bewährt.

Zur Prüfung der im gewöhnlichen Leben häufigen Hebe-Bückarbeit, zugleich auch als Leistungsprüfung verwendet Verf. das Heben und Senken eines mit Wasser gefüllten, 11 kg schweren Eimers. Die Arbeit, die in einem ganz bestimmten Tempo bis zur Erschöpfung durchgeführt werden sollte, zeigte beim Vergleich der Hirnverletzten mit Normalen eine deutliche Einbuße der ersteren an Leistungsfähigkeit; doch können aus der Zahl der Hebungen allein im Einzelfalle keine Schlüsse hinsichtlich der Leistungsfähigkeit gezogen werden, vielmehr müssen die physiologische Veranlagung und der Arbeitswille ebenfalls in Betracht gezogen werden. Ebenso wichtig wie die Zahl der Hebungen ist die Beobachtung der Hirnverletzten bei der Hebe-Bückarbeit, die meist einen guten Einblick in die Psyche der Untersuchten gibt. Besondere Pulsanomalien haben sich bei den Hirnverletzten nicht ergeben. (Meines Erachtens hätte der Verf. noch mehr Wert legen müssen auf die Art des Hebens: Es ist ein großer Unterschied, ob jemand den Schwung beim Heben ausnutzt oder ob er exakt, aber ohne Schwung hebt; das letztere ist weit anstrengender und eigene Erfahrungen an mir und anderen haben mich gelehrt, daß die quantitative Leistung im ersteren Falle viel größer ist. Ob die Forderung von so exzessiven Leistungen bei Hirnverletzten ratsam ist, möchte ich wenigstens für manche Fälle bezweifeln, obwohl die Methode viel Brauchbares hat.)

Die dynamometrisch-ergographischen Ergebnisse ließen sich häufig verwerten, um leichte einseitige Paresen zu diagnostizieren. Dagegen ließen sie sich nicht zur Grundlage für die Beurteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit machen. Das Ergebnis zeigte bei ein und derselben Versuchsperson oft erhebliche Differenzen gegenüber der Hebe-Bückarbeit. Mit großen Leistungen bei dieser kann sich, auch bei Normalen, geringe Handkraft verbinden und umgekehrt. Verwendet wurde ein nach dem *Dubois-Lehmann*schen Prinzip angefertigter Dynamometer, und zwar hatte die Versuchsperson abwechselnd mit der rechten und linken Hand alle 10 Sekunden zu ziehen, das Resultat wurde abgelesen und notiert; mit beiden Händen wurden je 30 Zugbewegungen gemacht. Im allgemeinen war die Handkraft etwas, aber nur wenig herabgesetzt. Im Einzelfalle kann diese Methode zur Stützung der Diagnose herangezogen werden, es ist aber oft nicht möglich, aus ihr allein diagnostische Schlüsse zu ziehen, d. h. sie kann nicht zur Aufklärung des vorher Unbekannten dienen.

Die allgemeine Leistungsschwäche der Hirnverletzten zeigte sich ferner in einer Verlangsamung der Hantierungen (beim Sternausschneiden); die hier hervortretende Einbuße ist zwar geringer als beim Eimerheben, doch sind Schlechtleistungen um so höher, je größer die Anforderungen sind; diese sind aber beim



Sternausschneiden relativ gering. Ebenso bedeutungsvoll wie die Frage des Arbeitstempos ist die der handwerklichen Geschicklichkeit. Stärkere qualitative Minderleistungen sind als leichteste Formen von Apraxie anzusehen. Im allgemeinen findet sich eine Neigung zur Kompensierung der qualitativen Minderleistung durch Zunahme der Arbeitszeit. Ein weiterer Paragraph behandelt die praktischen Arbeitsprüfungen in der Schlosser-und Tischlerwerkstatt. Durch Konstanz der Bedingungen und Messung der Zeiten wurden sie vergleichbar gestaltet. Gerade diese — Verf. erwähnt das Stanzen und das Tischlern einer Kiste, läßt aber noch andere Arbeiten unter experimentellen Bedingungen ausführen — haben sich als hervorragend praktisch erwiesen, da sie ein ausgezeichnetes Bild der Verletzten hinsichtlich ihrer handwerklichen Brauchbarkeit, ihrer Geschicklichkeit und konstruktiven Fähigkeiten geben. Das Ergebnis war eine Minderleistung der Hirnverletzten. Psychogene, die bei der ärztlich-psychologischen Untersuchung unwillig erschienen, zeigten sich hierbei oft noch als brauchbare Arbeiter. Bei Stirnhirnverletzten finden sich entgegen der landläufigen Friedensansicht von der Stummheit des Stirnhirns mehr oder weniger schwere intellektuelle Einbußen, namentlich solche der höheren Faktoren des Denkens; ferner Abweichungen des Charakters bzw. des Gefühlslebens und ausgesprochene Veränderungen des Arbeitsverhaltens. Verf. kommt m. E. mit Recht zu dem Schlusse, daß das Stirnhirn „für die Güte der psychischen Leistungen eine ganz erhebliche Rolle spielt“.

Die Therapie soll eine Arbeitstherapie sein. Eine Überanstrengung der Leute ist bei 5—6 stündiger Arbeit täglich nicht zu befürchten; gerade der Arzt muß die Leute zur Arbeit anhalten, weil es ihm gegenüber keine stichhaltigen Ausreden gibt. Für das Schonen sorgen die Leute schon selber. Beschäftigungstherapie taugt nur für Gelähmte als Übergang zu produktiver Arbeit. Überanstrengung befördert die Epilepsie, ebenso aber auch die völlige körperliche Untätigkeit. Bei mäßiger körperlicher Arbeit sind die Anfälle am seltensten.

Die Betriebsfähigkeit, worunter Verf. das Vertragen der mit den Arbeitsbetrieben verbundenen äußeren Umstände versteht, also die Länge des Normalarbeitstages, Geräusche, Hitze, schlechte Luft usw., darf nicht schematisch beurteilt werden. Gleichmäßige Geräusche von mittlerer Stärke, das Arbeiten in gedeckten, engen Räumen, Geräusche und anderes werden nach kurzer Gewöhnungszeit meist gut vertragen; ernstliche Hitzegrade dagegen sind Epilepsieförderer und deshalb unbedingt zu vermeiden. Unter den Berufsarten sind namentlich die der Bergarbeiter, Lastträger, Maurer, Erdarbeiter, verschiedene Arbeitskategorien der Schwerindustrie, der chemischen und Glasindustrie zu vermeiden. Auch der Beruf des landwirtschaftlichen Arbeiters ist nicht immer anzuraten.

Bei der Rentenfestsetzung ist die Wertung aller Faktoren, der Herdsymptome, der körperlichen und geistigen Leistungsschwäche, des Arbeitswillens usw. notwendig. Die Renten sind im allgemeinen ziemlich hoch zu bemessen als Ausgleich für den Lohnausfall. Psychogene Fälle verfügen meist über eine bessere Leistungsfähigkeit, als man nach der ärztlichen Untersuchung denken sollte; für sie ist die Rente namentlich unter Berücksichtigung etwaiger Aggravation niedriger zu bemessen. Die jetzige Rentengesetzgebung bezahlt viel zu viel den erlittenen Schaden des Körpers, weniger die wirkliche Einbuße an Leistungsfähigkeit. (*Langelüddeke.*)



Raecke (137) vertritt die Ansicht, daß methodische Salvarsankuren manche paralytische Erkrankung günstig beeinflussen können, wenn auch andererseits völlige Heilungen auf diesem Wege nie erreicht seien. Auf Grund der Spirochätenbefunde steht die Auffassung der Dementia paralytica als einer unmittelbaren luetischen Hirnerkrankung außer allem Zweifel. Das müsse zur Einleitung antisyphilitischer Kuren ermutigen. Nur fehle das spezifische Mittel, das die Pialscheiden durchdringe und die Spirochäten auch innerhalb des nervösen Parenchyms abtöte. *R.* glaubt aber nicht, daß deshalb das Salvarsan bei der Paralyse zur Unwirksamkeit verurteilt sei. Wo immer Kombinationen gummöser und paralytischer Krankheitsvorgänge bestünden, da sei man therapeutisch nicht machtlos und könne wenigstens einen Teil der Veränderungen zur Rückbildung bringen. Gerade hier müsse eine methodische Shalvarsankur immer wieder vorübergehende Erfolge erzielen. Verf. weist auf die Arbeiten *Jahnels* hin, die zu dem Ergebnis geführt hätten, daß die Parasitenzahl im Gehirn der Paralytiker zeitlich außerordentlichen Schwankungen unterworfen sei. Es sei wahrscheinlich, daß es im paralytischen Gehirn gerade auf dem Blutwege zu einer Weiterverschleppung und Aussaat von Spirochäten komme. Deshalb müsse man einräumen, daß häufige Zufuhr kleiner Salvarsanmengen in den Blutkreislauf nicht ohne Einfluß auf den Verlauf der Paralyse bleibe. *R.* hält es für falsch, resigniert auf dem bis zu einem gewissen Grade schon erfolgreich betretenen Wege der Salvarsantherapie stehen zu bleiben oder gar sie als überwundenen Standpunkt zu verlassen.

Polemisch gegen *Spielmeyer* begründet *Raecke* (138) nochmals seine Ansicht, daß es sich bei den paralytischen Gewebsveränderungen „nicht um ein unabhängiges Nebeneinander von degenerativen und entzündlichen Erscheinungen" handelt, „vielmehr um eine gleichzeitige Aussaat von Spirochäten durch die ektodermalen und mesodermalen Bestandteile des Hirngewebes und um die dadurch bedingten histologischen Folgezustände". (*Josephy.*)

Die Arbeit *Schröders* (154) will den Begriff Enzephalitis und Myelitis auf Grund histologischer Untersuchung schärfer als vielfach üblich begrenzen. Beschrieben werden acht Fälle einschlägiger Erkrankungen, ein Material, das zum Teil auch eine wertvolle Bereicherung der Kasuistik (diffuse Sklerose u. a.) darstellt. „Der Hauptzweck der vorstehenden Beschreibung von Einzelfällen ist der nicht neue, aber noch immer nötige Hinweis darauf, wie wenig von den sogenannten kleinzelligen Infiltratelementen bei dem, was Enzephalitis und Myelitis genannt wird, extravasierte, d. h. extra vasa sanguinea getretene Zellen sind." (*Josephy.*)

Siemerling (164) konnte in einem Fall von multipler Sklerose Spirochäten im Dunkelfeld nachweisen. (*Josephy.*)

Spielmeyer (172) wendet sich scharf polemisch gegen die „Schriftstellerei" in der Paralyseforschung. Die Probleme, die sich aus dem Nachweis der Spirochäten im Paralytikergehirn ergeben, sind zunächst folgende: „wie die Spirochäte in der Entstehung der entzündlichen Erscheinungen wirksam ist und weiter, welche Beziehungen zwischen der Spirochäte und den selbständigen Degenerationen bei der Paralyse bestehen". (*Josephy.*)

Thomalla (182) beschreibt eingehend einen Fall von Torsionsspasmus. Ein 14 jähriger Knabe von semitischem Habitus erkrankt mit Sehstörung und Schreib-



krampf. Das Leiden nimmt einen rasch progredienten Verlauf. Während der dreimonatlichen Krankenhausbeobachtung standen im Vordergrund schwere torquierende Zwangsbewegungen, die vor allem den rechten Arm betrafen. Atypisch war das schwere Befallensein der Gesichtsmuskulatur, die starke Sprachstörung und die Behinderung des Schluckens. Exitus nach etwa ¾ jähriger Krankheitsdauer. Die Sektion — die erste bisher bei Torsionsspasmus gemachte — ergab schwere, doppelseitige Veränderungen im Putamen und eine Lebererkrankung, die mit der bei der *Wilson*schen Krankheit und bei Pseudosklerose übereinzustimmen scheint. Eine genauere histologische Beschreibung steht noch aus.

Die Beziehungen zur Athétose double, zur *Wilson*schen Krankheit und zur Pseudosklerose werden eingehend besprochen. Verf. schlägt vor, diese Erkrankungen unter dem Namen „Dystonia Centicularis" zusammenzufassen und eine *Lewandowsky*sche Gruppe (Athétose double), eine *Ziehen-Oppenheim*sche (Torsionsspasmus) und eine *Strümpell-Westphal-Wilson*sche (Pseudosklerose und progressive Lentikulardegeneration) zu unterscheiden. Übergangsfälle kommen vor. Das psychische Verhalten wechselt. Ätiologisch spielen Entwicklungsstörungen des Gehirns und Lebererkrankung eine Rolle, auch familiäre Disposition kommt in Betracht. (*Josephy.*)

Tintemann (183) berichtet über einen Fall von Geistesstörung nach Schädeltrauma. Der 1879 geborene Pat. erlitt 1902 einen Schädelbasisbruch, der hochgradige Schwerhörigkeit, verwaschene Sprache und ein Gefühl der Unsicherheit beim Gehen im Dunkeln zurückließ. Etwa 10 bis 14 Tage nach einem zweiten Schädeltrauma (im Jahre 1917) brach dann eine geistige Erkrankung aus, die sich zunächst in starker motorischer und intrapsychischer Hemmung sowie in Gehörstäuschungen zeigte. Im Laufe der Zeit trat eine allgemeine Aufhellung ein, doch bestanden noch fast ein Jahr nach dem Trauma affektive Stumpfheit und Sinnestäuschungen. Die Achillessehnenreflexe waren beiderseits nicht auszulösen. Verf. bringt den Fall in ursächlichen Zusammenhang mit dem erlittenen Trauma. (*Langelüddeke.*)

Walter (190 a): 40 jähriger Mann erkrankt an schnell zunehmender Verblödung. Defekte im Sinne der Agraphie, Alexie, Aphasie, Apraxie und Agnosie. Wenige Wochen vor dem Tode setzen schnell zunehmende spastische Lähmungen der unteren Extremitäten ein. Die Diagnose wurde auf diffuse Hirnsklerose gestellt.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte hochgradigen Markscheidenschwund in beiden Hemisphären. Betroffen war vor allem das Marklager des linken Schläfen- und beider Stirnlappen. Die Achsenzylinder waren weniger reduziert. Überall fanden sich ungewöhnliche Mengen von Körnchenzellen, deren Übergang in Astrozyten leicht zu verfolgen war. Der Fall steht histologisch der *Schilder*schen Encephalitis periaxialis diffusa nahe, klinisch dem *Jacob*schen Fall von diffuser, infiltrativer Enzephalomyelitis. (*Josephy.*)

In 8 Fällen von Polyneuritis sah *Walter* (190 b) regelmäßig Liquorveränderungen. Konstant fand sich eine erhebliche Vermehrung des Gesamteiweißes, in 4 Fällen außerdem eine Globulärvermehrung, in 3 Fällen Pleozytose. *W.* ist der Ansicht, daß diese Befunde im Sinne einer meningitischen Veränderung zu deuten



sind. Dagegen spricht nicht, daß die Zellvermehrung nicht regelmäßig nachzuweisen ist. Man kann den erhöhten Eiweißgehalt vielleicht so erklären, „daß zirkumskripte Meningitisinfiltrationen zu einem kollateralen Ödem führen, das vor allem die Abflußwege an den Durchtrittsstellen der Wurzeln durch die Dura versperrt". Ein anatomisch untersuchter Fall sprach für die Richtigkeit dieser Auffassung. Die klinischen Symptome lassen sich einfacher durch eine zentral als durch eine peripher angreifende Noxe erklären. Besonders ist hier die Divergenz in der Verteilung der Sensibilitätsstörungen und der Lähmungen zu verwerten. Es wäre kaum verständlich, wie bei einer Schädigung eines peripheren gemischten Nervs sich solche Symptome erklären lassen. (*Josephy.*)

Westphal (197, 198) wies in mehreren Fällen von multipler Sklerose Stäbchenzellen nach. Dadurch gewinnt die Krankheit weitere Ähnlichkeit mit der Paralyse, und außerdem weist dieser Befund, ebenso wie der von Plasmazellen, mit Vorbehalt auf den infektiösen Charakter des Leidens hin. (*Josephy.*)

Weygandt (200) wirft in einer kurzen Arbeit interessante Streiflichter auf das Problem der Hydrozephalie. Zahlreiche Fälle weisen darauf hin, „daß leicht hydrozephale Erscheinungen mit hervorragenden geistigen Fähigkeiten keineswegs unvereinbar sind". Auch bei hochgradigem Wasserkopf ist eine leidliche Entwicklung der Psyche nicht ausgeschlossen. Zwei einschlägige Fälle werden erwähnt: 1. Sehr hochgradige Hydrozephalie, kombiniert mit Chondrodystrophie. Exitus mit 16 Jahren. Lernte Deutsch und Polnisch, kannte den Zahlenkreis bis 10, die zehn Gebote, einige Choräle, las und schrieb nach Diktat kleine Buchstaben, erzählte und beschrieb Begebenheiten, sang, strickte. Das Gehirn enthielt 1150 ccm Flüssigkeit und wog entleert 1250 g. Trotz der hochgradigen Verdünnung der Ventrikelwände war die Rindenstruktur histologisch leidlich erhalten. 2. 10 monatiges Kind, das in vivo den Habitus eines Hydrozephalen bot. Die Obduktion deckte einen großen Tumor im linken Ventrikel auf, ein wahrscheinlich vom Plexus chorioideus ausgehendes Papillom. Der Fall mahnt zur Vorsicht bei operativen Eingriffen (Ventrikelpunktion). (*Josephy.*)

Wohlwills (204) Arbeit beschäftigt sich — wohl zum erstenmal — in systematischer Weise damit, durch pathologisch-anatomische Untersuchung den Zustand des Zentralnervensystems klinisch nervengesunder Luetiker festzustellen und so die Frage nach dem Verhalten des Nervensystems in der Zeit zwischen der ersten Invasion der Spirochäte und dem Ausbruch von Tabes und Paralyse einer Lösung näherzubringen. Die außerordentliche Wichtigkeit solcher Studien liegt auf der Hand. Die Hauptresultate seiner Arbeit sind: „1. Eine Syphilitika, die 1/4 Jahr nach der Infektion an Lungentuberkulose gestorben war, wies keinerlei Anomalien am Zentralnervensystem auf. 2. Unter 42 Fällen von Spätformen akquirierter Syphilis zeigten 22 keine auf Syphilis zu beziehenden Veränderungen am Gehirn und Rückenmark. 3. In 6 Fällen fanden sich perivaskuläre Infiltrate, welche möglicherweise durch Syphilis bedingt waren. 4. In 3 Fällen wurden im Gehirn kleine Zerfallsherde gefunden, anscheinend im Zusammenhang mit gewissen Veränderungen der Kapillaren, welche ins Gebiet der Endarteriitis kleiner Hirnrindengefäße gehören. 5. In 3 weiteren Fällen fanden sich infiltrativ-meningitische Prozesse an der Hirn-



und Rückenmarkspia; unter diesen ist ein Fall bemerkenswert, in welchem die meningitischen Prozesse ganz den bei Tabes vorkommenden entsprechen. 6. In einem Fall fand sich ein kleines Granulom an der Pia. 7. 8 Fälle stellten sich als Paralyse, Tabes oder Hirnsyphilis heraus. 8. Ein in ungewöhnlich frühem Stadium zur Untersuchung gekommener Tabesfall zeigt an den tabisch affizierten Rückenmarkshöhen besonders starke, meningitische Infiltrate, ferner Zellveränderungen an den hinteren Wurzeln. Ein Vergleich dieses Falles mit dem sub 5 besonders hervorgehobenen spricht einerseits für die Bedeutung der *Nageotte*schen Wurzelneuritis, andererseits auch für diejenige der Meningitis in der Genese der Tabes."

Von 20 Fällen kongenitaler Lues war nur einer frei von Veränderungen des Zentralnervensystems. Es fanden sich vor allem proliferative Veränderungen an der Pia und auch den Gefäßen. Zweikernige *Purkinje*-Zellen wurden nicht gefunden, was dafür spricht, daß ihr Vorkommen bei juveniler Paralyse nicht als Entwicklungshemmung, sondern als Degenerationserscheinung anzusprechen ist. Ein Fall von Lues congenita tarda zeigte am Zentralnervensystem keine Veränderungen. (*Josephy.*)

Bostroem (A. 1) beschreibt den ersten in vivo diagnostizierten Fall von hypophysärer Kachexie. Bei einer 30 jährigen Frau hatte sich im Anschluß an einen Schlaganfall nach einer Entbindung zunehmende Schwäche, Hinfälligkeit und Anämie entwickelt. Es war Menopause eingetreten. Bei der Krankenhausbeobachtung zeigte die als 47 jährige aufgenommene Fehlen der Augenbrauen, der Achsel- und Schamhaare, starke Anämie und ein vorzeitig gealtertes Aussehen Die Diagnose wurde auf Grund der früher beschriebenen Fälle (*Simmonds* u. a.) sowie per exclusionem gestellt. Nach kurzdauernder Besserung trat einige Wochen später ziemlich plötzlich der Exitus ein. Psychisch hatten zeitweise Verwirrtheitszustände bestanden, sie glaubte sich verfolgt usw. — Die Obduktion ergab eine völlige fibröse Atrophie der Hypohpyse. — Verf. weist darauf hin, daß diese Fälle hypophysärer Kachexie vielleicht häufiger sind und daß sich die Diagnose auch wohl klinisch stellen läßt. Eventuell kann Organtherapie den Zustand beeinflussen. (*Josephy.*)

Chotzen (A. 3) findet das Vorkommen der Scapula scaphoidea am häufigsten bei Rachitis; ferner aber hat er die Mißbildung der Scapula häufig beobachtet bei hereditärer Lues, tuberkulöser Belastung, Mongolismus und anderen Idiotieformen. *Ch.* stellt die Scapula scaphoidea in eine Reihe mit den verschiedenen Degenerationszeichen, die bei den verschiedenartigsten Konstitutionsanomalien und bei allgemeinen Ernährungs- und Entwicklungsstörungen sich finden lassen.

Finkelnburg (A. 4) hat bei 190 Unfallkranken speziell die Frage der Bedeutung nervöser Herzgefäßstörungen für die Entstehung von Arteriosklerose geprüft und kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Resultat, daß bei 169 Kranken, die jahrelang an ausgesprochenen nervösen, kardiovaskulären Störungen gelitten haben, in keinem einzigen Fall eine frühzeitige oder außergewöhnliche schnelle Entwicklung von Arteriosklerose festgestellt wurde. In 11 Fällen, in denen nach dem Unfall das Leiden entstand, handelte es sich um ältere Personen, und der zeitliche Abstand zwischen Unfall und Beginn der Arteriosklerose war ein so erheblicher,



daß ein Zusammenhang mit dem Unfall im Sinne wesentlicher Beschleunigung des Prozesses durch nervöse Einflüsse ganz unwahrscheinlich schien. Die Annahme, daß nervösen Unfallsfolgen mit Wahrscheinlichkeit ein wesentlicher Einfluß bei der Entwicklung einer Arteriosklerose zukommt, macht Verf. von der Erfüllung folgender Bedingungen abhängig: „1. Der Unfallkranke darf vor dem Unfall und bei den ersten Untersuchungen nach demselben keine Zeichen von Arteriosklerose geboten haben und muß voll arbeitsfähig gewesen sein. Dazu gehört vor allem auch eine genaue und wiederholte Blutdruckmessung. 2. Anderweitige für Arteriosklerose ätiologisch in Betracht kommende Erkrankungen, wie Alkoholismus, Lues, chronische Nephritis, Diabetes mellitus müssen mit Sicherheit ausgeschlossen sein. 3. Der Kranke darf zur Zeit des Unfalls nicht in einem höheren Alter stehen, in dem Arterioskleroseentwicklung in natürlicher Folge im Lauf einiger Jahre zu erwarten war. 4. Die durch den Unfall ausgelösten Herzgefäßstörungen müssen erheblicher Natur sein. Es müssen erhebliche Ruhebeschleunigung des Pulses und abnorme Blutdruckschwankungen nach Anstrengungen festgestellt sein und längere Zeit (viele Monate oder Jahre) bestanden haben. 5. Die Entwicklung der Arteriosklerose bei dem bis zum Unfall voll leistungsfähigen Menschen muß sich im Verlauf von 1—2 Jahren, d. h. in verhältnismäßig schneller Folge, vollziehen.

Hermann (A. 8) beschreibt das Auftreten von pseudoathetotischen Spontanbewegungen, die er in drei Fällen beobachtete. Im ersten Fall handelte es sich um eine Syringomyelie, im zweiten Fall um eine Sclerosis disseminata und im dritten Fall um eine Tabes dorsalis. Nach Ansicht des Verf. kommen die pseudoathetotischen Spontanbewegungen im Gegensatz zu den athetotischen Bewegungen nicht ausschließlich bei Erkrankungen des Gehirns, sondern vor allem bei Rückenmarksleiden sowie bei anderen Krankheitsprozessen vor, welche die Aufhebung der Tiefensensibilität verursachen. Die pseudoathetotischen Spontanbewegungen treten nur in denjenigen Extremitäten auf, welche von weit fortgeschrittener Störung der tiefen Sensibilität betroffen sind. Bei den pseudoathetotischen Bewegungen besteht keine Tendenz zu Spasmen, auch haben sie nichts Gemeinsames mit der statischen Ataxie. Bei ihrer Entstehung spielen der Verlust der Empfindungsfähigkeit des Grades der Anspannung der Muskeln und der anderen Gewebe und im Zusammenhange damit die überflüssigerweise und automatisch gegebenen Impulse eine wichtige Rolle.

Jacob (A. 10) bringt einen Überblick über den gegenwärtigen Stand der Histopathologie der Psychosen. In einzelnen Abschnitten bespricht er die Grundzüge der normalen Histologie, der Großhirnrinde, dann ihre allgemeine Histopathologie, endlich ihre einzelnen Erkrankungsformen. Der Aufsatz bietet auch dem der Anatomie Fernerstehenden einen guten Überblick über das, was erreicht ist, und das, was noch zu erstreben ist. (*Josephy.*)

R. A. Pfeifer (A. 11) beschreibt bei einer linksseitigen Kleinhirnläsion außer zahlreichen gleichseitigen, für die Verletzung charakteristischen Erscheinungen linksseitige kontinuierliche, klonische Krämpfe des Mesopharynx und synchrone Zuckungen des linken Taschen- und Stimmbandes. Ferner bestanden noch eine Anzahl nicht einseitig lokalisierter Erscheinungen: transitorische Schluck-



beschwerden, maskenartig starrer Gesichtsausdruck, Beeinträchtigung der Motilität der Zunge neben dem subjektiven Gefühl der Verlangsamung aller Bewegungen. Im Anschluß daran bespricht Verf. kurz die in Betracht kommenden anatomischen Verhältnisse. Der Fall stützt die Ansicht, daß das Kleinhirn samt seinen Verbindungen mit der Großhirnrinde, der Medulla oblongata und dem Rückenmark das Zentralorgan für das myostatische Nervensystem darstellt. (*Langelüddeke.*)

Simmonds (A. 13) hat früher auf ein Krankheitsbild aufmerksam gemacht, das er als „hypophysäre Kachexie" bezeichnete und das auf Zerstörung des Vorderlappens zurückzuführen ist. Jetzt teilt er zwei neue eigene derartige Beobachtungen mit und weist auf bestätigende Mitteilungen von *Eugen Fraenkel* und von *Schlagenhaufer* hin. Die hypophysäre Kachexie zeichnet sich aus durch Anämie, schwere, allgemeine Ernährungsstörung, rasches Altern, Verlust der Zähne, der Achsel und Schamhaare, Sistieren der Menses, Kleinheit des Herzens und der Unterleibsdrüsen (Splanchnomikrie). Die Zerstörung des Hypophysisvorderlappens erfolgt seltener durch Geschwülste und Tuberkulose, meist durch fibröse Atrophie der Drüsensubstanz. Die Atrophie schließt sich an an embolische Prozesse, die besonders häufig durch ein Puerperium veranlaßt sind. Die Fälle von fibröser Atrophie der Hypophysis mit hypophysärer Kachexie sind bisher nur bei Frauen beobachtet worden. Die Diagnose ist bei dem charakteristischen Krankheitsbilde nicht schwer. Als einziges in Frage kommendes Heilmittel ist die Darreichung von Hypophysispräparaten zu nennen.

---

9. Idiotie, Imbezillität, Fürsorgeerziehung.

Ref.: F. Schob-Dresden.

1. *Borchardt*, Über Hypogenitalismus und seine Abgrenzung vom Infantilismus. Berl. klin. Wschr. Nr. 15. (S. 196*.)
2. *Bourdillon*, Idiotie mongolienne et démarche de quadrupède. Revue méd. Suisse rom.
3. *Carrie*, Statistik über sprachgebrechliche Kinder in den Hamburger Volksschulen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 40. (S. 199*.)
4. *Czerny*, Inwieweit läßt sich die Prognose zerebraler Anomalien bei Kindern beurteilen? Berl. klin. Wschr. Nr. 24. (S. 198*.)
5. *Diviak* und *Wagner von Jauregg*, Über die Entstehung des endemischen Kretinismus nach Beobachtungen in den ersten Lebensjahren. Wien. klin. Wschr. Nr. 6. (S. 194*.)
6. *Ebstein*, Zur Frage des Vorkommens von Kretinen und Albinos in Lerbach i. Harz. „Die Naturwissenschaften" VI, H. 38. Ref.: Neurol. Zentralbl. 22.



7. *Eichhorst*, Über Veränderungen in der Hypophysis cerebri bei Kretinismus und Myxödem. Arch. für klin. Med. Bd. 124. (S. 195*.)
8. *Freund*, Über die tuberöse Hirnsklerose und über ihre Beziehungen zu Naevis und Hautgeschwülsten. Berl. klin. Wschr. Nr. 12. (S. 193*.)
9. *Galant*, Die Sprache der Kretinin Lini. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 41. (S. 200*.)
10. *Gregor* und *Voigtländer*, Die Verwahrlosung, ihre klinisch-psychologische Bewertung und ihre Bekämpfung. Berlin, S. Karger, 1918. (S. 201*.)
11. *Hauser*, Nieren- und Herzgeschwülste bei tuberöser Hirnsklerose. Berl. klin. Wschr. Nr. 12. (S. 194*.)
12. *Hart*, Neotenie und Infantilismus. Berl. klin. Wschr. Nr. 26. (S. 197*.)
13. *Herzig*, Geistige Schwäche und psychopathische Konstitution. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 41.
14. *v. Hovorka*, Die Sprache und ihre Störungen bei schwachsinnigen Kindern. Wien. klin. Rundschau Nr. 33, 34. (S. 199*.)
15. *Jansky* und *Myslivecek*, Beitrag zur familiären amaurotischen Idiotie. Arch. f. Psych. Bd. 59. (S. 192*.)
16. *Jolly*, Sprechstudien bei Debilen. Arch. f. Psych. Bd. 59. (S. 200*.)
17. *Küffner*, Beitrag zur Diagnose und Therapie des Myxödems. Inaug.-Diss. Erlangen.
18. *Naville*, L'idiotie amaurotique de Tay-Sachs. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 1.
19. *Naville*, Étude anatomique de névraxe dans un cas d'idiotie familiale amaurotique de Tay-Sachs. Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 1.
20. *Nieuwenhuyse*, Über die mangelhafte Entwicklung der Nasenknochen bei mongoloider Idiotie; zugleich ein Beitrag zur Erklärung der eigentümlichen Gesichtsform dieser Patienten. Psych. en neurol. Bl. Feestbundel.
21. *Payr*, Fall von kindlichem allgemeinen Riesenwuchs (Gigantismus). Sitzungsbericht: Münch. med. Wschr. Nr. 34.
22. *Peritz*, Infantilismus. Aus: Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Kraus u. Brugsch. Berlin-Wien, Urban u. Schwarzenberg, 1918.



23. *Peritz*, Akromegalie und Gigantismus. Aus: Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Kraus u. Brugsch. Berlin-Wien, Urban u. Schwarzenberg, 1918.
24. *v. d. Scheer*, Beitrag zur Kenntnis der mongoloiden Idiotie. Psych. en neurol. Bl. Feestbundel.
25. *Stern*, Höhere Intelligenzbasis zur Prüfung Jugendlicher. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädag. Bd. 19.
26. *Stern*, Die Methode der Auslese befähigter Volksschüler in Hamburg. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädag. Bd. 19.
27. *Stern*, Über die Störung der motorischen Geschicklichkeit bei Imbezillen. Sitzungsbericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. Bd. 16.
28. *Voelkel*, Störungen der inneren Sekretion bei Eunuchoiden. Berl. klin. Wschr. Nr. 15. (S. 196*.)
29. *Stuurman*, Kongenitale Alexie. Psych. en neurol. Bl. Nr. 3.
30. *Walter*, Über familiäre Idiotie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 40. (S. 191*.)

Walter (30) teilt in seiner beachtenswerten Arbeit zunächst die Krankengeschichten von drei nichtjüdischen Geschwistern mit (1 männlich, 2 weiblich), die noch zwei gesunde Geschwister hatten. Von den drei kranken Geschwistern waren zwei hochgradig schwachsinnig, eins in etwas geringerem Grade; bei den ersten beiden hatte die Krankheit am Ende des ersten Jahres, bei dem dritten zwischen 6. und 7. Lebensjahr begonnen; sehr chronischer Verlauf; keine ausgeprägten Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen, keine Reflexanomalien; keine Sehstörungen, völlig normaler Augenbefund; Wassermannsche Reaktion im Blut negativ. Eins von den zwei zeitig erkrankten Geschwistern (weiblich) starb an einer interkurrenten Erkrankung (Miliartuberkulose) im Alter von 23 Jahren. Makroskopischer Hirnbefund: Gehirn klein, keine Mißbildung, Pia über den vorderen Hirnpartien stark verdickt. Mikroskopisch fand sich der für amaurotische Idiotie typische Befund: Im Thioninpräparat ballonförmige Auftreibung der Zellen, oft auch des Basalfortsatzes, Auflösung der Tigroidsubstanz; auch Reihen- und Schichtenbildung der Rindenzellen gestört. Der Zellinhalt zeigte keine distinkte Färbung mit *Ehrlich*s Säure-Hämatoxylin und bei Markscheidenfärbung; nicht ganz typische Färbung mit Scharlachrot, ausgeprägte Färbung dagegen mit Osmium und typische Reaktion auf *May-Grünwald*sches Farbengemisch; hellgrünliche, mit graubraunen Tönen untermischte Färbung bei Protargol. Typisches Fibrillenbild. Markscheidenbild ohne Ausfälle. Keine entzündlichen Erscheinungen. Der Prozeß betraf die gesamte Großhirnrinde, auffallend gering aber den Hinterhauptslappen; Kleinhirn, Stammganglien und Medulla in viel schwächerem Grad befallen. — Auf Grund des Vergleichs mit anderen Fällen kommt *W.* zu dem Schluß, daß es sich in diesen Fällen in klinischer wie pathologisch-anatomischer Hinsicht um eine Über-



gangsform zwischen der juvenilen und infantilen Form der amaurotischen Idiotie handelt; in klinischer Hinsicht insofern, als von den drei Fällen zwei wie die infantile Form im frühesten Kindesalter, einer erst, wie die juvenile Form, im 6. Lebensjahr begonnen hat. In anatomischer Hinsicht entspricht der zur Sektion gekommene Fall insofern einem Übergangsfall, als neben Merkmalen der infantilen Form, Blähung der Dendriten und Störungen des Schichtenbaues, auch solche der juvenilen Form vorkommen: Ablagerung lipoider Stoffe in der Zelle, Fehlen der Färbbarkeit bei *Weigert*scher Markscheidenfärbung, Fehlen von Ausfällen im Markfaserbild. Nach *Walter* sind für die Gesamtgruppe der amaurotischen Idiotie nur folgende Merkmale als typisch anzuerkennen: 1. Abwesenheit jeglicher entzündlicher Erscheinungen. 2. Blähung von Zelleib und eventuell auch Dendriten im Bereich der ganzen Großhirnrinde, wenn auch mit quantitativen Differenzen. 3. Zerfall des Zellplasmas und Bildung von lipoiden Substanzen, wobei dieselbe auf verschiedenen Stufen der Umwandlung zum Fett stehenbleiben kann. 4. Zerfall der feinen intrazellulären Fibrillen und Verdrängung der übrigen, die ebenso wie die extrazellulären erhalten bleiben, an die Peripherie.

Makroskopisch können Entwicklungsstörungen des Gehirns vorkommen, ebenso andere pathologische Prozesse, wie Liquorvermehrung, Leptomeningitis hyperplastica und sklerotische Prozesse. In welcher Art sie zu der spezifischen Zellerkrankung in ursächlichem Zusammenhange stehen, muß vorläufig dahingestellt bleiben.

Die vorliegenden Fälle zeigen, daß die Amaurose und überhaupt Sehstörungen kein notwendiges klinisches Symptom der Erkrankung sind, weshalb Verf. lediglich den Namen „familiäre Idiotie“ für richtiger hält. Wahrscheinlich gibt es formes frustes von familiärer Idiotie mit nur geringer intellektueller Schwäche; als solche forme fruste faßt *W.* den bekannten Fall *Sträußlers* auf, wo die typische Zellerkrankung zwar im ganzen Gehirn vorhanden, aber in Rückenmark, Med. oblongata und Kleinhirn am stärksten entwickelt war. (Mit der Bezeichnung „familiäre Idiotie“ ist Ref. nicht einverstanden, da wir zurzeit noch nicht genügend sicher wissen, ob es nicht noch andere, ebenfalls durch besondere klinische oder histologische Charakteristika ausgezeichnete familiäre Formen von Idiotie gibt. Soll der bisher eingebürgerte Name „amaurotische“ Idiotie verlassen werden, dann empfiehlt es sich mindestens, eine Bezeichnung zu suchen, die von dem charakteristischen, histologischen Befund ausgeht.)

In dem Fall von *Janský* und *Myslivecek* (15) handelte es sich um einen 5 jährigen Knaben, der von Geburt an kränkelte und in den ersten Monaten an Krampfanfällen gelitten hatte. Späterer Befund: Sitzen unmöglich, liegt ganz kraftlos im Bett, fast ohne psychisches Leben. Pupillen reaktionslos. Papillen: atrophisch, Netzhaut stellenweise unklar, besonders in der Gegend der Macula lutea. Schwere Kachexie. Makroskopischer Sektionsbefund: Hydrocephalus externus et internus; Atrophia cerebri; sklerotische Herde in den Zentralganglien. Mikroskopisch: Neben dem für amaurotische Idiotie typischen Zellbefund noch zahlreiche Heterotopien von Ganglienzellen im Rückenmark, Hypoplasie der Nervenfasern in beiden Seitensträngen; Ausbuchtungen und unregelmäßige, mit normalem Ependym ausgekleidete



Spalten in den Ventrikelwandungen; starke Gliawucherung in den sklerotischen Herden der Zentralganglien. Die charakteristischen histologischen Merkmale nähern sich nach dem Verf. im allgemeinen, ja stimmen überein mit denen, die *Schaffer* zuerst ausführlich bei dem infantilen *Tay-Sachs*schen Typus beschrieben hat; aber die verhältnismäßig lange Dauer der Erkrankung bis ins spätinfantile Alter hinein, die nicht jüdische Abstammung, der Mangel an ausgesprochenen Lähmungserscheinungen, der fehlende typische Befund an der Macula lutea zwingen den Fall der juvenilen Form zuzurechnen. Der Nachweis einer Reihe von Entwicklungsanomalien: Heterotopien, Hypoplasie der Fasern in den Seitensträngen, außerdem Einlagerung abnorm großer Zellen in der Hirnrinde (wie bei tuberöser Sklerose), mangelhafte Differenzierung im Aufbau der Windungen in Gegend der Insel, Anhäufung pathologischer Markscheiden in dieser Gegend läßt den Schluß zu, daß die amaurotische Idiotie durch angeborene, fehlerhafte Anlage des gesamten Zentralnervensystems bedingt ist

Bei dem 33 jährigen, an Epilepsie und Idiotie leidenden Patienten *Freunds* (8) war die Diagnose „tuberöse Sklerose" zu Lebzeiten gestellt worden, und zwar insbesondere auf Grund des Hautbefundes. Es fanden sich zahlreiche rötliche Hautwärzchen symmetrisch gruppiert in den Nasenlippenfalten und in der das Kinn von der Unterlippe abgrenzenden Falte, teils flach, teils knospenförmig hahnkammartig dicht aneinander gestellt; ferner ein kleinpflaumengroßer, gelbbräunlicher, leicht erhabener Fleck rechterseits an der Stirn nahe der Haargrenze, eine Anzahl kreisrunder, 1—2 markstückgroßer, kahler Flecke an der hinteren Hälfte des Schädels, kleine gestielte Hautfibrome beetartig gruppiert in der Mitte und an den Seitenrändern der Nacken-Rückengrenze, und schließlich eine flächenhafte Hautveränderung in einem handtellergroßen Bezirk der unteren Lendengegend von derselben Farbe wie die Umgebung, von seichten Furchen durchzogen und mit zahlreichen comedo-ähnlichen Punkten durchsetzt. Verf. bespricht besonders die Bedeutung der Hautveränderungen: sie gehören in das Gebiet der Naevi; wahrscheinlich haben nicht alle Naevi Beziehungen zur tuberösen Sklerose; nur einzelne besondere Formen sollten unbedingt den Verdacht auf das Vorhandensein einer tuberösen Sklerose erwecken, dazu scheinen zu gehören die multiplen, symmetrischen Gesichtsnaevi, die halskrausenartig gruppierten Fibrome am Halse, die flächenhaften Hautveränderungen in der Lenden-Kreuzbeingegend, die von *Kuſs* beschriebenen Hautgeschwülste an der Stirn und wohl auch die ja sonst außerordentlich seltenen Fibrome und Papillome an Fingern und Zehen. Weitere Sammelforschungen sind noch nötig, um Klarheit über die diagnostische Bedeutung der Naevusarten zu schaffen, insbesondere müßten noch Forschungen einsetzen über den Zeitpunkt des ersten Sichtbarwerdens dieser Naevi, über ihr Aussehen, ihre Gruppierung in der ersten Zeit und über ihr weiteres Wachstum; auch ließen sich durch solche Sammelforschung wertvolle Beiträge zur Kenntnis der Vererbbarkeit dieser Naevi und der tuberösen Sklerose gewinnen; vielleicht würde so auch die Kenntnis der formes frustes noch eine wesentliche Erweiterung erfahren. Bei der Sektion wurde die Diagnose bestätigt, es fanden sich außerdem Nierentumoren. In histologischer Beziehung zeigte der Fall Übergänge zur *Westphal-Strümpell*schen Pseudosklerose;



auffällig war auch, daß die Ventrikeltumoren nur schwach ausgeprägt und nicht in die Ventrikelhöhle hineingewachsen waren, sondern den Nucleus caudatus durchsetzt hatten.

Hauser (11), der die Sektion des vorstehenden Falles gemacht hat, hat exzidierte Partien aus der Rückenhaut und insbesondere die Nierentumoren histologisch untersucht. Die Hautveränderungen verdienen jedenfalls die Bezeichnung Adenoma sebaceum nicht, es handelt sich vielmehr um einfache, papilläre, fibroepitheliale Bildungen, in denen Talgdrüsenveränderungen nicht nachweisbar waren. Die Nierentumoren entsprechen Fibro-, Lipo-, Leio-Myomen bzw. Sarkomen von histologisch malignem Charakter; sie waren unscharf begrenzt. Jedenfalls weist das Bild der Hautveränderungen bei der tuberösen Sklerose wie der Nieren- und auch der Herztumoren, mit deren Besprechung sich die Arbeit besonders befaßt, darauf hin, daß es sich bei diesen Bildungen um Entwicklungsstörungen handelt, wie bei den Hirnveränderungen. Es erweist sich die Entwicklungsstörung in der Hirnrinde als eine Hemmung in der Differenzierung der spezifischen Nervenzellen unter gleichartiger, abnormer Wucherung der falsch differenzierten Zellen; in der Niere besteht falsche Differenzierung des spezifischen Nierenblastoms; Ventrikel- und Herztumoren beruhen auf Wucherung der in ihrer Entwicklung gehemmten, ungenügend differenzierten, zum Teil versprengten Zellmassen. Wir können mithin sämtliche Prozesse in einem einheitlichen Sinn deuten und mithin das Krankheitsbild der tuberösen Sklerose auf eine mit Geschwulstbildung verbundene Entwicklungshemmung zurückführen.

Diviak und *Wagner von Jauregg* (5) haben sich bemüht, Material zur Beantwortung folgender Fragen beizutragen: 1. Ist der Kretinismus eine angeborene oder erst extrauterin erworbene Krankheit, resp. kommen etwa beide Entstehungsarten nebeneinander vor? 2. In welchem Alter und an welchen Zeichen ist der Kretinismus frühestens mit Sicherheit zu erkennen?

Die Verf. haben zu diesem Zweck die sämtlichen Neugeborenen des Ortes Zeltweg i. Murtale, wo nach früheren Untersuchungen durchschnittlich 8% kretinisch wurden, untersucht und in regelmäßigen Zwischenräumen in den Jahren 1910 bis 1914 nachuntersucht. Die Prüfung erstreckte sich auf 142 Kinder (81 Knaben, 61 Mädchen); zur Zeit der letzten Untersuchung befanden sich (einige Ausfälle durch Tod, Verzug usw.) 19 Kinder im Alter von 1½ bis 2 Jahren, 43 waren 2—3, 26 über 3 Jahre alt. Hinsichtlich der Frühzeichen kommen sie zu folgenden Ergebnissen: Das beste Frühzeichen ist die Sattelnase, schon bei einem Kind von 6 Wochen nachgewiesen; wichtige Frühzeichen sind auch Hautschwellungen und Blässe des Gesichts, allerdings häufig erst längere Zeit nach der Geburt, Makroglossie, nur bei einer Minderzahl, aber angeboren vorkommend. Von den späteren Symptomen sehr wichtig die verspätete Zahnung: vor dem 9. Monat bei Kretins überhaupt keine Zahnung, durchschnittlicher Beginn 12. bis 13. Monat, auch noch später, auch weiterer Verlauf und Abschluß verzögert. Eine beträchtliche Verzögerung der Zahnung ist somit als wichtiges Verdachtsmoment anzusehen; aber es fand sich, daß überhaupt bei der Zeltweger Bevölkerung die Zahnung verspätet eintrat. „Einzelne Merkmale des Kretinismus werden auch bei der gesunden Be-



völkerung angetroffen, so daß man nicht zweifeln kann, daß dieselbe Schädlichkeit, welche in solchen Gegenden eine Minderzahl von Menschen mit den deutlichen Erscheinungen des Kretinismus erkranken läßt, einen namhaften Teil der übrigen im abgeschwächten Grade betroffen und geschädigt hat." Die Schließung der großen Fontanelle ist ebenfalls bei Kretinismus stark verzögert, noch mit 50—74 Monaten teilweise offene Fontanellen gefunden; aber auch bei den gesunden Zeltweger Kindern wie Zahnung so auch Fontanellenschluß etwas verspätet. Die Körperlänge ist in den ersten Monaten kaum für die Diagnose Kretinismus verwertbar, da sich die Wachstumsverzögerung erst später kundgibt. Kropf wurde 36mal beobachtet (25 Knaben = 32%, 11 Mädchen = 18%), angeboren nicht beobachtet, doch versicherten Mütter, daß ihre Kinder schon gleich bei Geburt Kröpfchen hatten. Auch spontanes Schwinden von Kröpfen festgestellt; keineswegs in allen Fällen von Kropfbildung waren sonstige Anzeichen von Kretinismus nachweisbar. Die Verf. ziehen folgende Schlüsse aus ihren Beobachtungen: Die Diagnose des endemischen Kropfes ist in vielen Fällen schon in einem frühen Lebensalter möglich, besonders in allen Fällen von angeborenem Kretinismus. Sie ist aber in vielen Fällen auch nur mit Unsicherheit zu stellen, weil in den von der Endemie betroffenen Gegenden zwar bei vielen Kindern Symptome des Kretinismus auftreten, aber nicht in hohem Grade, und sich teilweise oder ganz auch wieder spontan zurückbilden können. Es gibt also offenbar Kinder, die in der ersten Kindheit eine Erkrankung an Kretinismus durchmachen, aber fast völlig ausheilen. — Dafür, daß der Kretinismus sich mehr oder minder stürmisch entwickeln kann, haben die Beobachtungen keine Stütze gegeben, speziell über Fraisen oder Konvulsionen zu Beginn (wie von anderen Autoren behauptet) wurde in keinem der Fälle berichtet. In den bisherigen Beobachtungen konnten die Verf. keinen Fall feststellen, bei dem etwa nach Ablauf des ersten Lebensjahres erst der Kretinismus aufgetreten wäre.

Bei der Sektion einer 56 jährigen Frau mit Myxödem und kretinischen Veränderungen, hervorgerufen durch fast vollkommenen Mangel der Schilddrüse, erhob *Eichhorst* (7) folgenden Befund: Kleine, völlig zystisch veränderte Reste der Schilddrüse, starke Sklerose der Aorta und Koronararterien; starke Vergrößerung der Hypophyse. Die mikroskopische Untersuchung der letzteren ergab folgende Veränderungen: die Vergrößerung betrifft den vorderen Drüsenlappen; hier besteht starke Hyperämie, Blutgefäße stark erweitert, stellenweise sehr dünnwandig, Blutungen; starke Wucherung von Bindegewebe auf Kosten des Drüsengewebes; Drüsenzellen klein, vieleckig, Protoplasma ungranuliert, erinnern an Schwangerschaftszellen. Nekroseherde. Intermediärer Teil und neurohypophysärer Abschnitt nicht verändert. *E.* faßt den Prozeß so auf: Anfangs Hyperplasie des drüsigen Gewebes, dazu entzündliche Erscheinungen, Hyperämie, Blutungen, Bindegewebswucherung, Nekrose. Auf Grund seines Falles und der in der Literatur niedergelegten Erfahrungen kommt *E.* zu folgender Auffassung über die bei Myxödem bisher beschriebenen Veränderungen: die Veränderungen in der Schilddrüse, welche zum Myxödem führten, rufen zuerst eine gesteigerte Tätigkeit der Drüsenzellen und dann eine Umfangzunahme der Hypophyse hervor. Diese beruht auf einer Vergrößerung des Vorder- oder Drüsenlappens. Die vergrößerte Drüse hat eine



ausgesprochene Neigung, weitere krankhafte Veränderungen einzugehen. An den Drüsenzellen kommt es teils zu Vergrößerung und Kolloidentartung, teils zu Untergang der chromophilen Zellen und Ersatz durch Zellen, welche Hauptzellen oder auch den sogenannten Schwangerschaftszellen gleichen. Krankhafte Bindegewebswucherung kann zu Atrophie des Drüsengewebes, Nekrose und Bildung zystischer Räume führen. — Die starke Arteriosklerose ist wahrscheinlich ebenfalls auf die Hyperplasie der Schilddrüse zurückzuführen.

Voelkel (28) teilt die Befunde bei einem 40 jährigen Eunuchoiden mit: belastet, von jeher schwächlich, nie Libido, verheiratet, nie richtiger Coitus; geringe Größe, adiposer Habitus; Knochenbau von weiblichem Typus, Genitalien sehr klein, atrophische Hoden, mangelhafte sekundäre Geschlechtscharaktere, Veränderungen des Blutbildes im Sinne einer Lymphozytose, Störungen des Längenwachstums. Zur Feststellung der Frage, welche inneren Drüsen im vorliegenden Falle an der Entstehung des Krankheitsbildes beteiligt waren, hat Verf. Stoffwechseluntersuchungen vorgenommen. Aus Versuchen, bei denen Nahrung von verschiedenem Kalorienwert an verschiedenen Tagen gereicht wurde, ging hervor, daß der Kalorienbedarf dem Gewicht des Pat. entsprach, daß sich eine Störung der Oxydationsvorgänge nicht nachweisen ließ: Abnahme bei Verminderung, Zunahme bei Vermehrung der Kalorien. Bei Prüfung des Zuckerstoffwechsels ergab sich vollständige Verbrennung; keine Glykosurie, auch keine Veränderung der Werte der normalen Flüssigkeitsausscheidung. Für eine Miterkrankung anderer Drüsen fanden sich somit keine sicheren Anhaltspunkte; doch läßt sich eine solche auch nicht sicher ausschließen. Nach Verf. gibt es für die Entstehung des Eunuchoidismus vier Möglichkeiten: 1. Der Ausfall des Hodensekrets bedingt unmittelbar die Störung (normalerweise geht von den Hoden ein Hormon aus, das einen direkten Einfluß auf Stoffwechselvorgänge, Wachstumsvorgänge, Bildung der sekundären Geschlechtscharaktere ausübt). 2. Die Hypoplasie der Hoden ruft Veränderungen an anderen endokrinen Organen, erst diese sekundär Eunuchoidismus, hervor. 3. Die Keimdrüsen sind sekundär unter dem Einfluß einer anderen endokrinen Drüse verändert (z. B. Hypophysenerkrankung). 4. Mehrere Drüsen sind gleichzeitig erkrankt (insufficiance pluriglandulaire).

Welche von diesen Möglichkeiten im einzelnen Falle vorliegt, kann nach dem heutigen Stand unseres Wissens von dem endokrinen Drüsensystem nicht festgestellt werden.

Nach *Borchardt* (1) sind die Beziehungen des Hypogenitalismus zum Infantilismus noch nicht genügend geklärt. Viele Autoren nehmen an, daß die Unterentwicklung des Geschlechtsapparates nur als Teilerscheinung des Infantilismus vorkommt. Nun ist richtig, daß die Unterentwicklung der sekundären Geschlechtscharaktere zu den häufigsten Erscheinungen des Infantilismus gehört; es gibt aber auch Fälle, bei denen die Unterentwicklung des Geschlechtsapparates als selbständige Erkrankung besteht, Fälle, deren somatische und psychische Veränderungen nicht ohne weiteres der kindlichen Sphäre zugeschrieben werden können. Auf Grund gewisser Beobachtungen ist anzunehmen, „daß — wie *Biedl* sich ausdrückt — in der sexuell differenzierten Keimdrüse schon de norma mehr oder weniger aus-



gedehnte Reste heterosexueller, innersekretorischer Gewebselemente vorhanden sind, welche unter gewissen Bedingungen das Übergewicht erlangen können." Verf. teilt drei Fälle Hypogenitalismus mit (1 weiblich, 2 männlich), die eine Reihe von heterosexuellen Eigenschaften haben: Bei den zwei männlichen sind diese so ausgeprägt, daß man wohl von einem Feminismus reden kann: weiche, sammetartige Haut, graziler Bau des Knochen- und Muskelsystems, charakteristische Behaarung und Fettverteilung. Beim männlichen Hypogenitalismus sind regelmäßig heterosexuelle Charaktere zu beobachten, daneben kommt es noch zum Stehenbleiben von Organen und Körperteilen, z. B. des Kehlkopfs und Beckens auf neutraler Stufe, die der kindlichen gleicht. So mischen sich bei Eunuchoiden den femininen Zügen gewisse neutrale bei, deren Zurechnung zum Infantilismus näherliegen mag. Sie können aber fehlen, und es ist nicht richtig, wenn solche Fälle ohne weiteres zum Infantilismus gerechnet werden. Die psychischen Eigenschaften brauchen ebenfalls nicht infantil zu sein; im ersten Fall war der psychische Zustand sogar ausgesprochen männlich (sehr tapferes Verhalten vor dem Feind, wofür Pat. mit Eisernem Kreuz I. Klasse ausgezeichnet worden war) und im zweiten Falle handelte es sich mehr um weibliche Züge als um infantile. *Borchardt* sieht demnach die reine Form des Hypogenitalismus als ein Krankheitsbild an, bei dem die Unterdrückung der Geschlechtscharaktere zum Auftreten heterosexueller Charaktere auf somatischem und psychischem Gebiete führt, bei dem es zu einer Komplikation mit Infantilismus kommen kann, aber nicht notwendig kommen muß.

Hart (12) vergleicht die Neotenie und den Infantilismus. Bei der Neotenie handelt es sich um Stehenbleiben eines Organs oder einzelner Charaktere auf einem jugendlichen oder embryonalen Entwicklungsstadium, während der übrige Körper ausreift, oder, wie bei der totalen Neotenie, um das Stehenbleiben des ganzen Tieres auf einer Jugendform, während das Tier dabei geschlechtsreif und artbeständig geworden ist (Axolotl). Neotenische Eigenschaften sind vererbbar. Die Neotenie entsteht unter dem Einfluß äußerer Faktoren, die plötzlich oder allmählich umgestaltend auf den Organismus wirken. Diese Einwirkung erfolgt wahrscheinlich unter Vermittlung der endokrinen Drüsen. *Hart* schließt das aus Versuchen, bei denen durch Thymusfütterung Froschlarven dauernd in neotenischem Zustand erhalten, andererseits der total neotenische Axolotl zur Weiterentwicklung in seine endgültige Molchform veranlaßt werden konnte u. a. m. Unter Infantilismus versteht man das Stehenbleiben mehr oder weniger früher Entwicklungsstadien an einem einzelnen oder mehreren Körperteilen, Organen und Organsystemen, die demgemäß nicht zu der physiologischen, artspezifischen Ausreifung gelangen. Der sehr seltene, nicht vererbbare Infantilismus universalis ist nach Verf. keine Neotenie, sondern eine hochgradige Kümmerform, wie sie sich z. B. bei Kaulquappen durch langes Hungern sehr leicht erzeugen läßt. Da er nicht vererbbar ist, kommt die Bildung neuer Rassen nicht in Frage. Anders beim partiellen Infantilismus. Dieser ähnelt der Neotenie der Tiere sehr; hier wie auch dort zeigt der in der Entwicklung gehemmte Organismus nur dadurch ein neuartiges Gepräge, daß die Hemmung keine allgemeine ist und nur einige Charaktere jugendlich bleiben, während die anderen sich weiter entwickeln und ausreifen. Soweit dieser Infantilismus vererbbar



ist, kommt ihm, wie der Neotenie, wenigstens eine varietätenbildende Bedeutung zu (Bildung pathologischer Rassen). *Hart* schlägt folgende den Zeitpunkt der Entwicklungsschädigung berücksichtigende Einteilung des Infantilismus vor: 1. durch Vererbung; 2. durch erstmalige Blastophthorie bei einem oder beider Eltern; 3. durch Schädigung der intrauterinen; 4. der extrauterinen Entwicklung. Der ererbte Infantilismus erkennt sich leicht, wenn man sich neben den Eltern auch die Onkel und Tanten näher ansieht; für Blastophthorie kommen in Betracht Vergiftungen der elterlichen Keime durch chemische (Alkohol, Blei usw.) und bakteriologische Gifte (Lues, Tuberkulose); an intrauterine Schädigung darf man denken bei schwerer Krankheit, ungesunder Lebensweise, ungünstigen Lebensverhältnissen der Mutter; zu postnataler Entwicklungsstörung führen Krankheit, Unterernährung usw. des Kindes selbst. Alle Erscheinungen des Infantilismus, auch seine endogen durch Erbschaft übernommenen Formen, sind letzten Endes durch außerhalb des Organismus liegende Faktoren bedingt. Auch beim Infantilismus wirkt die Schädigung wahrscheinlich durch Vermittlung der endokrinen Drüsen, unter denen auch die Geschlechtsdrüsen eine besondere Rolle spielen.

Die Tatsache, daß den Eltern von den Ärzten oft einander widersprechende Ansichten über die Prognose und Behandlung anormaler Kinder gegeben werden, veranlaßt *Czerny* (4), zu verschiedenen Fragen Stellung zu nehmen. Beim Myxödem ist trotz ganz gleicher Anfangserscheinungen die Weiterentwicklung oft ganz verschieden; manche Kinder machen auch ohne Schilddrüsenbehandlung leidliche Fortschritte in ihrer geistigen Entwicklung. *Czerny* ist überhaupt der Meinung, daß die Schilddrüsenbehandlung hauptsächlich auf die körperlichen Symptome wirkt; von einer Beeinflussung des Tempos oder des Grades der geistigen Entwicklung konnte er sich nur selten überzeugen. Die letztere hängt von dem Grade ab, in dem das Gehirn an dem Krankheitsprozeß beteiligt ist. Erziehungsmaßnahmen sind deshalb neben der Schilddrüsenbehandlung durchaus nötig. *Czerny* befürwortet einen Versuch mit Schilddrüsenbehandlung übrigens auch bei sonstigen Formen von geistiger Schwäche, besonders auch dann, wenn eine gute körperliche Entwicklung vorhanden ist, da man doch auch in solchen Fällen an eine endokrine Störung denken muß. Bei den erziehungsfähigen Imbezillen liegt es überhaupt nahe, an eine extrazerebrale Ursache zu denken, wahrend es sich bei den Bildungsunfähigen wohl vielfach um irreparable, zerebrale Störungen handelt. Von besonderer Wichtigkeit für die Prognose ist die sprachliche Entwicklung. Man kann ganz im allgemeinen sagen, daß bei einem Kind wahrscheinlich Imbezillität oder Idiotie vorliegt, wenn das Wortverständnis erst nach Ablauf des 2. Lebensjahres erwacht und die Wortbildung erst gegen Ende des 3. Jahres oder später oder gar nicht einsetzt. Ausnahmen kommen aber vor. Beziehentlich der Schulbildungsfähigkeit hat *Czerny* folgende Beobachtungen gemacht: Bei Knaben, deren Vollwertigkeit er in den ersten 6 Lebensjahren anzweifelte, wurde auch vom Lehrer sehr bald die Diagnose auf Debilität gestellt. Bei Mädchen hat er sich mehrfach getäuscht, wahrscheinlich beruht das aber auf den geringeren Anforderungen der Mädchenschule. Ob die Kinder überhaupt Schulbegabung haben, ist ärztlich kaum festzustellen, noch schwieriger ist die Bestimmung des Grades der Schulbegabung, weswegen er die



Begabtenschule für ein übereiltes Experiment hält. Besonders über die Epilepsie gehen die Ansichten auseinander. Manche Ärzte erkennen nur eine infauste Prognose an; für die Frage der Bildungsfähigkeit epileptischer Kinder ist die Feststellung wichtig, ob das Kind gleichzeitig angeboren schwachsinnig ist.

Eine Statistik über die sprachgebrechlichen Kinder in den Hamburger Volksschulen ist von *Carrie* (3) erhoben worden. Nach dieser Statistik beträgt die Zahl der Stotterer 0,84%, ist also geringer als in anderen Großstädten (nach *Gutzmann* durchschnittlich 1%). Von den Stotterern standen 49 im 7., 156 im 12. Lebensjahr, d. h. die Zahl der Stotterer hat sich in dieser Zeit reichlich verdreifacht, wobei eine besonders starke Zunahme im 9. Lebensjahr zu verzeichnen ist. Im Gegensatz dazu nimmt die Zahl der Stammler ständig ab. Ihren Höhepunkt erreicht die Zahl der Stotterer im 12. Jahr, im 13. und 14. findet ein geringer Rückgang statt. Die Statistik zeigt auch, daß die unterrichtliche Förderung der Kinder unter dem Sprachgebrechen leidet (häufiges Sitzenbleiben). Die Erfolge der Heilkurse haben sich als sehr gering erwiesen; Rückfälligkeit ist ungefähr Regel ohne Ausnahme; dreimaliges Rückfälligwerden nicht selten. Die Heilkurse haben also, trotz einjähriger Dauer, ihren Zweck nicht erfüllt. Eine Reform auf diesem Gebiet ist dringend nötig; erforderlich ist die Schaffung von Sonderklassen für sprechkranke Schüler, in denen der Unterricht nach dem allgemeinen Lehrplan der Volksschulen erteilt wird, aber zugleich in individualisierender, heilpädagogischer Behandlung der Einzelschüler auf systematische Behandlung des Leidens gerichtet ist. Nach erfolgter Heilung hat versuchsweise Zurückschulung in die Normalschulen zu erfolgen. Die bisherigen Erfolge sind gut.

v. Hovorka (14) weist darauf hin, daß die Sprache bezüglich ihrer Form und ihres Inhalts gerade für die Beurteilung des Schwachsinns von weittragender, ja fundamentaler Bedeutung ist. Verf. gibt zunächst einen kurzen Überblick über die Entwicklung der Sprache. Von den Sprachstörungen der Schwachsinnigen entscheidet er angeborene und erworbene; unter letzteren wieder akut entstandene z. B. nach Meningitis, und chronisch-progressive, z. B. bei Epilepsie. Zu den angeborenen Sprachstörungen gehören die angeborene Sprachlosigkeit, die Hörstummheit, meistens auch die verspätete Sprachentwicklung; *v. Hovorka* fand, daß sich bei schwachsinnigen Kindern die verspätete Entwicklung der Sprache auf die ersten neun Jahre ausdehnen kann. Die verspätete Entwicklung braucht aber nicht immer angeboren zu sein; es kommt auch vor, daß eine normal und rechtzeitig einsetzende Sprachentwicklung durch eine akute Erkrankung geschädigt wird und dann in eine verlangsamte und verspätete übergeht. Zu den häufigsten Erscheinungen gehört das Stammeln, die Unfähigkeit, gewisse Laute richtig auszusprechen. Man unterscheidet Lautstammeln mit seinen Unterformen (wie Sigmatismus, Unfähigkeit, das S auszusprechen, und Parasigmatismus, Ersatz des S durch einen anderen Buchstaben, Rhotazismus, Pararhotazismus usw. und der sehr seltenen Vokalsprache, Verschlucken aller Konsonanten), Silbenstammeln, Unfähigkeit, gewisse Silben auszusprechen, Wortstammeln oder Agrammatismus, Verschlucken ganzer Worte, oft auch Durcheineinanderwerfen von Worten, besonders im Affekt (Metathesis). Stottern ist bei schwachsinnigen Kindern selten, die sogenannte

spastische, explosive Sprache ist nicht mit Stottern zu verwechseln. Die näselnde Sprache bei Schwachsinnigen ist meist auf pathologische Zustände der Sprechwerkzeuge zurückzuführen; bei der monotonen Sprache fehlt die Modulation; skandierende Sprache läßt stets an Gehirn- und Rückenmarksaffektion denken; bei der nicht seltenen Symbolsprache werden infolge geringen Wortschatzes einem Wort durch verschiedene Betonung die verschiedensten Bedeutungen beigelegt; die Echo- oder Papageisprache besteht aus dem sinnlosen Wiederholen der letzten Worte eines soeben gesprochenen Wortes oder Satzes.

Galant (9) hat die Sprache einer 62 jährigen Kretinin näher untersucht: soziale Schwachsinnige, anhänglich, leicht erotisch, kennt ihre Umgebung, zeitlich jedoch schlecht orientiert; nicht besonders begriffsarm, fast vollständiges Sprachverständnis, interessiert sich für ihre Umgebung, kann ziemlich gut Meggendorfer Bilder erklären. Einzelne Worte kann sie gut artikulieren; wenn sie Sätze spricht, so hört man nur unartikulierte Laute; im Einwortsatz leidlich verständlich. Wie ein Vergleich mit der Kindersprache *Preyer*s zeigt, ist ihre Sprache von der Kindersprache in ihren ersten Anfängen nicht im geringsten verschieden. Es finden sich Elision, Fallenlassen von Buchstaben, Lautwandel, z. B. oba statt Ofen, Metathesis oder Umstellen von Buchstaben, Assimilation, und zwar als Metalepsis, wobei der vorhergehende Laut auf den nachfolgenden assimiliert wird, z. B. ää statt bär, oder Prolepsis, z. B. uschsch statt Fuchs. Die Kretinin zeigte als Erscheinung, die bei Kindern nicht vorkommt, Metalogie, wobei die Benennung eines Gegenstandes durch eine andere ersetzt wird, die die Verwendung des Objekts ausdrückt, z. B. hau = Messer; noch eine Eigentümlichkeit bestand in Synonymatio verbalis, wobei Wörter durch Elision zu äußerlich ganz identischen Wörtern werden, z. B. i = ich, will; isch = tisch, fisch. Verf. sieht in seinen Untersuchungen einen neuen wichtigen Beweis dafür, daß das psychische Leben der Idioten und Kretine doch am besten mit bestimmten Stufen des normalen Kindesalters zu vergleichen ist.

Jolly (16) hat sich die Aufgabe gestellt, bei den vielfachen Vergleichspunkten zwischen der kindlichen Psyche und der Psyche der Debilen auch Analogien der Sprache zu suchen. Neben der gewöhnlichen Intelligenzprüfung und der Prüfung nach *Binet-Simon* in der Modifikation von *Bobertag* hat Verf. in jedem Fall eine Sprachprobe von 500 Worten stenographisch aufgenommen. Er teilt die 38 geprüften Fälle in vier Gruppen ein: I. 10 Patienten mit Intelligenzalter von 5—9 Jahren. II. 11 Patienten mit Intelligenzalter von 9—10 Jahren. III. 9 Fälle mit Intelligenzalter von 10—11 Jahren. IV. 8 Patienten mit Intelligenzalter von 11—12 Jahren. Von den 38 Patienten waren 24 Landwirte, 8 hatten andere dörfliche Berufe, 6 stammten aus der Stadt. Als Vergleichsmaterial standen 10 normale Erwachsene zur Verfügung, die bei der Intelligenzprüfung sich von mittlerer Intelligenz erwiesen; weiter 20 Schulkinder verschiedener Altersstufen. Bei Debilen wie bei Kindern ergab die Untersuchung im ganzen eine Zunahme des Wortschatzes parallel mit einer größeren Höhe der Intelligenz, wobei der Durchschnitt der Normalen aber von keinem der Debilen erreicht wurde. Soweit der Gebrauch der einzelnen Wortarten in Frage kommt, bieten Artikel und Zahlwörter nichts Besonderes; von den Pronomina wird das Wort „ich" von den Debilen mehr wie von den normalen



Erwachsenen gebraucht. Die konkrete Denkweise wird wie bei Kindern durch die sehr geringe Zahl abstrakter Verben und abstrakter Substantiva erwiesen; die Zahl der konkreten Verben ist noch höher wie bei den normalen Erwachsenen, dabei wird das einzelne Verbum wesentlich häufiger gebraucht wie von diesen, also auch hier eine größere Eintönigkeit des Ausdrucks. Wie bei Kindern zeigt sich die größere Einfachheit der Sprache auch in der geringeren Verwendung von Adjektiven, die eine vergleichende Denkweise voraussetzt, von Präpositionen, deren Anwendung eine gewisse Gewandtheit des Ausdrucks verlangt, von subordinierenden Konjunktionen, deren Anwendung eine die Sätze und Gedanken in ein logisches Verhältnis setzende Verstandestätigkeit erfordert, endlich in der häufigeren Anwendung des Wortes „und". Die Sätze der Debilen sind kurz und einfach konstruiert, das Ganze macht dabei einen schwerfälligen Eindruck. Als Unterschied zwischen Debilen und Kind ergibt sich zunächst, daß das Wort „ich" vom Kind seltener gebraucht wird; das erklärt sich daraus, daß das Schulkind sich weniger mit sich selbst beschäftigt, indem es im Gegensatz zu dem rein egozentrischen Gesichtskreis des Debilen sich der Aufnahme neuer Eindrücke hingibt. Die Verwendung von Eigenschaftsworten ist bei erwachsenen Debilen besser entwickelt als bei Kindern; ebenso findet sich Verbindung von Worten und Sätzen durch Gleichordnung beim Kind häufiger als beim Debilen.

In einem großangelegten Werk befassen sich *Gregor* und *Voigtländer* (10) mit dem Problem der Verwahrlosung. Der Arbeit liegt ein großes Material von männlichen und weiblichen verwahrlosten Kindern und Jugendlichen zugrunde, die in der Heilerziehungsanstalt Klein-Meusdorf beobachtet worden sind. Der erste Teil, von *Gregor* allein bearbeitet, ist der Verwahrlosung der Knaben gewidmet, der zweite, von beiden Autoren gemeinsam verfaßt, der Verwahrlosung der Mädchen. Jeder Teil bringt als Unterlage zunächst die genauere Mitteilung von 100 Fällen; das sonstige größere Material der Anstalt wird gelegentlich vergleichsweise herangezogen. Das Material wird nach zwei Hauptgesichtspunkten gegliedert, einmal in klinische Gruppen, zweitens nach Stufen moralischer Entwicklung. Als klinische Untergruppen werden aufgeführt: Psychopathie, angeborener Schwachsinn, Epilepsie, Geisteskrankheiten, psychisch Gesunde, als moralische Stufen: moralische Intaktheit, moralische Schwäche, moralische Minderwertigkeit, asoziale Neigungen, moralische Indifferenz. Schulpflichtige und Schulentlassene werden gesondert besprochen. Über die nähere Charakterisierung dieser moralischen Stufen, über das prozentuale Verhältnis zwischen Knaben, über die einzelnen Verwahrlosungstypen kann hier hinweggegangen werden, da bereits im vorjährigen Literaturbericht auf Grund anderer Arbeiten *Gregors* darüber berichtet worden ist. Zur Feststellung des Intelligenzstandes wurde sowohl bei den männlichen wie bei den weiblichen Zöglingen neben der *Binet-Simon*schen Methode noch die von *Gregor* inaugurierte Definitionsmethode verwandt. Besondere Kapitel handeln über „Einige praktisch wichtige abnorme Seelenerscheinungen", von denen Verstimmungszustände, psychopathische Reaktionen, exzessive Steigerungen von Triebregungen besonders hervorgehoben werden; weiter „Über den moralischen Schwachsinn", zu dem *Gregor* nur solche Fälle rechnen will, die bei normaler, intellektueller Ent-



wicklung und Leistungsfähigkeit der Anlage nach moralisch minderwertig und asozial sind; weiter über „Psychopathie, Minderwertigkeit, Entartung in ihrem gegenseitigen Verhältnis", weiter über „Intelligenz, Wille und Gefühl", wobei Verfasser zu der Feststellung kommt, daß die Funktion des Wollens eine selbständige Anlage und Entfaltung hat, die in keiner direkten Beziehung zur Anlage und Entwicklung des Intellekts steht, daß aber auch zwischen Fühlen und Handeln nur indirekte Beziehungen anzunehmen sind. Ein besonderes Kapitel ist weiter der Bewertung des Deliktes gewidmet. Straffreier Ausgang erscheint *Gregor* besonders gefährlich, gefährlicher als die Resignation, die aus der Bestrafung folgt, oder die Schädlichkeiten während der Strafverbüßung. „Erwägt man, wie folgenschwer die Durchbrechung so fester Vorstellungsverknüpfungen wie Vergehen, Schuld und Strafe am Wendepunkt des Geschickes werden kann, so kommt man zum Postulat eines Äquivalentes für den Ausfall der Strafe nach § 51 und § 56 StGB. Ein solches stellt die Zwangserziehung vor." Aus den Zusammenstellungen über die äußere Form von Delikt und Verwahrlosung geht hervor, daß Diebstahl und Landstreichen in dem untersuchten männlichen Material an erster Stelle stehen. Rückfälle waren bei Psychopathen wesentlich seltener, woraus hervorgeht, daß die Prognose bei Psychopathen günstiger ist als bei Epileptikern und Schwachsinnigen, und daß man bei ersteren auf einen besseren Erziehungserfolg rechnen kann. Die Betrachtung über den Eintritt der Verwahrlosung führt zu dem Ergebnis, daß 1. die in frühem Alter einsetzenden Fälle sich insofern als ernst darstellen, als in der Mehrzahl derselben stärkere, pathologische Abweichungen vorliegen und die moralische Artung dieser Zöglinge keine günstigen Aussichten eröffnet; 2. daß in einem hohen Prozentsatz die Verwahrlosung in der Pubertätszeit einsetzt und daß es sich dabei vorwiegend um Psychopathen handelt, deren moralischesGepräge bei einer rationellen Erziehung Erfolg verspricht. Gipfel in der Kurve für die Zeit des ersten Deliktes fallen in das 13. und 15. Lebensjahr (Vorpubertät und Pubertät). Bei Fällen früh einsetzender Verwahrlosung sind ihre Ursachen besonders auffällig durch Erscheinungen, welche das Individuum als ein pathologisch geartetes erkennen lassen, sowie durch die Eigenart erblicher Belastung. Bei schulentlassenen Mädchen stellen einen besonderen Typus der Verwahrlosung Herumtreiben und Männerverkehr vor, der in höchstens einem Drittel das Gepräge der Gewerbsunzucht annimmt, dabei von einer Reihe anderer und wohl sekundärer Züge umgeben ist: Arbeitsscheu, Ausreißen, Diebstahl, Zechprellerei. Dagegen lassen sich weitere Deliktformen, wie Unterschlagung, Betrug nicht ohne weiteres im Typus sexueller Verwahrlosung auflösen, die Prostitution ist kein Ersatz für sonstige Kriminalität. Hinsichtlich des Verfalls ist nicht die gesteigerte Libido, nicht Not die gewöhnliche Ursache, sondern die Aussicht auf bequeme Versorgung und Gefallen am Nichtstun. Die Mehrzahl der Verwahrlosten (74%) weist Degenerationszeichen auf; während die Unbelasteten davon fast frei waren, fanden sich die stärksten Abweichungen bei den Asozialen; neurologische Stigmen (Hypästhesien, vasomotorische Erregbarkeit, muskuläre Unruhe usw.) fanden sich bei 75%, besonders häufig bei Mädchen; bei verwahrlosten Mädchen sind Degenerationszeichen seltener, nicht so schwer wie bei den Knaben,



dagegen überwiegen bei den Mädchen die nervösen Stigmen. Bei Knaben hat sich nur in wenigen Fällen schulpflichtiger Knaben eine wesentliche Beteiligung äußerer Faktoren am Zustandekommen der Verwahrlosung ergeben, und in noch weniger Fällen war diese ausschließlich auf äußere Ursachen zurückzuführen. Es ergibt sich daraus die Folgerung, daß solche Fälle nicht lediglich einer Unterbringung, die eine Beseitigung schädlicher Ursachen in sich schließt, sondern einer aktiven, erzieherischen Einwirkung bedürfen, welche eine Umgestaltung der vorhandenen Dispositionen anstrebt. Bei Mädchen dagegen ist ein Überwiegen der Bedeutung des Milieus als sicherer Befund hinzustellen; namentlich besteht ein Zusammenhang der sexuellen Verwahrlosung mit sozialen Zuständen, insbesondere mit der Veränderung der Moralanschauungen über den außerehelichen Geschlechtsverkehr de- Mädchen; den Mädchen fehlt ein sicheres Gefühl, weshalb es eigentlichr unanständig sei, mit Männern zu verkehren. Besondere Abschnitte sind noch der Prognose, der Bekämpfung und deren Erfolgen gewidmet. Nach den Verf. sind die Aussichten, verwahrloste jugendliche Individuen zu bessern, günstig; die besten Resultate lassen sich bei schulentlassenen Mädchen erzielen.

10. Serologie.

Ref.: von Landmann, Hamburg-Friedrichsberg.

1. *Bolten*, Über die Bedeutung der Blutantitrypsine für die psychiatrisch-neurologische Diagnostik. Mtschr. f. Neurol. u. Psych- 43, 4. (S. 209*.)
2. *Braun* und *Salomon*, Ein Beitrag zum Wesen der Weil-Felixschen Reaktion auf Fleckfieber. Deutsche med. Wschr. 44, 3.
3. *Brieger*, Eine neue Fällungsreaktion beim Blut und Blutserum. Deutsche med. Wschr. 44, 7.
4. *Becher*, Beobachtungen über die Abhängigkeit des Lumbaldrucks von der Kopfhaltung. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. 63, 89. (S. 209*.)
5. *Boettner*, Über erhöhten Zerebrospinaldruck bei Polyzythämie. Münch. med. Wschr. 65. (S. 209*.)
6. *Brückner*, Die Zytologie des Auges und ihre Beziehungen zur Zytologie des Liquor cerebrospinalis. Berl. klin. Wschr. 55, 43. (S. 210*.)
7. *Eicke*, Die bisherigen Ergebnisse der Hämolysinuntersuchung des syphilitischen Blutserums und ihre Bedeutung für die Pathologie der Lues. Derm. Ztschr. 18. (S. 208*.)



8. *Ewald*, Untersuchungen über fermentative Vorgänge im Verlaufe der endogenen Verblödungsprozesse vermittels des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens und über die differentialdiagnostische und forensische Verwendbarkeit der Methode in der Psychiatrie. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 1918.
9. *Eskuchen*, Der Wert der Sublimatreaktion (Weichbrodt) für die Liquordiagnostik. Münch. med. Wschr. 65, 45. (S. 210*.)
10. *Eskuchen*, Die klinische Brauchbarkeit der Kolloidreaktionen des Liquor cerebrospinalis. Neurol. Zentralbl., 37. Jahrg. (S. 210*.)
11. *Fehsenfeld*, Erfahrungen mit der Langeschen Goldreaktion. Med. Klinik 14, 23. (S. 210*.)
12. *Fleischmann*, Zur Frage des diagnostischen Wertes der Lumbalpunktion bei den zerebralen Komplikationen der Mittelohreiterung. Arch. f. Ohren-, Nasen-, Kehlkopfheilk. 102, 1/2. (S. 211*.)
13. *Heilig*, Über Liquorbefunde bei Fleckfieber und ihre differentialdiagnostische Bedeutung. Münch. med. Wschr. 65, 51. (S. 211*.)
14. *Holland*, Zur Frage der Lymphozytose im Liquor bei seröser Meningitis. Münch. med. Wschr. 65, 32. (S. 211*.)
15. *Jacobsthal* und *Kafka* Eine Methode zur Untersuchung der Rückenmarksflüssigkeit mit kolloidalen Mastixlösungen. Berl. klin. Wschr. 55, 11. (S. 210*.)
16. *Kaufmann*, Über das Verhalten der Sera von an „Spanischer Krankheit“ Leidenden zur Meineckeschen Lipoidbindungsreaktion. Med. Klinik 14, 33. (S. 208*.)
17. *Kraemer*, Über positiven Wa. im Liquor bei nichtluetischer Meningitis. Münch. med. Wschr. 65, 41. (S. 211*.)
18. *Kafka*, Über die Kolloidreaktionen der Rückenmarksflüssigkeit. Arch. f. Psych. u. Neurol. 59, 2/3. (S. 210*)
19. *Kafka*, Über den Wert der Lumbalpunktion, besonders in der kriegsneurologischen und psychiatrischen Praxis. Jahresk. f. ärztl. Fortbildung, Maiheft 1918. (S. 211*.)
20. *Kafka*, Taschenbuch der praktischen Untersuchungsmethoden der Körperflüssigkeiten bei Nerven- und Geisteskrankheiten. Berlin, Verlag J. Springer, 1917. (S. 211*.)



21. *Lelewer*, Ein Fall von Transvestitismus mit starkem Abbau von Ovarien im Blutserum. Deutsche med. Wschr. 44, 18.
22. *Lesser*, Zur Serodiagnostik der Syphilis. Deutsche med. Wschr. 44, 42. (S. 208*.)
23. *Lesser*, Meineckes Serumreaktion auf Syphilis. Münch. med. Wschr. 65, 32. (S. 207*.)
24. *Lipp*, Zur Serodiagnostik der Syphilis mittels Ausflockung durch cholesterinierte Extrakte nach Sachs und Georgi. Med. Klinik 14, 50.
25. *Meinicke*, Über Theorie und Methode der serologischen Luesdiagnostik. Berl. klin. Wschr. 55, 4. (S. 207*.)
26. *Meinicke*, Die Lipoidbindungsreaktion. Ztschr. f. Imm.-Forschung 27, 4. (S. 207*.)
27. *Meinicke*, Zur Methode der serologischen Luesdiagnostik. Münch. med. Wschr. 65, 49. (S. 207*.)
28. *Meinicke*, Zur Extraktfrage bei der Serodiagnose der Syphilis. Ztschr. f. Imm.-Forschung 27, 6. (S. 207*.)
29. *Mandelbaum*, Eine neue Verfeinerung der Wa.-R. Münch. med. Wschr. 65, 11. (S. 208*.)
30. *Mandelbaum*, Zur Syphilisdiagnostik mit Hilfe der Fällungsreaktion nach Sachs und Georgi. Münch. med. Wschr. 65, 43. (S. 208*.)
31. *Müller*, Das Verhalten des Liquor cerebrospinalis bei Fleckfieber. Deutsche med. Wschr. 44, 25.
32. *Nathan* und *Weichbrodt*, Zur Sero- und Liquordiagnostik syphilitischer Zerebrospinalerkrankungen mittels Ausflockung. Münch. med. Wschr. 65, 46. (S. 210*.)
33. *Pappenheim*, Über Druckmessung bei der Lumbalpunktion. Med. Klinik 14. (S. 209*.)
34. *Plaut*, Über positiven Wa. im Liquor bei nichtluetischer Meningitis. Münch. med. Wschr. 65. (S. 211*.)
35. *Riese*, Die diagnostische Verwendbarkeit der Braun-Hußlerschen Reaktion im Liquor cerebrospinalis von Geisteskranken. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 39. (S. 209*.)
36. *Sachs* und *Georgi*, Zur Serodiagnostik der Syphilis mittels Ausflockung durch cholesterinierte Extrakte. Med. Klinik 14, 33. (S. 208*.)



37. *Sachs*, Zur Kenntnis der Weil-Felixschen Reaktion. Deutsche med. Wschr. 44, 17.
38. *Starkenstein* und *Zitterbart*, Experimentelle und klinische Untersuchungen über das Verhalten gleichzeitig anwesender Antigene und Antikörper. Wien. klin. Wschr. 1918.
39. *Struumann*, Die klinische Bedeutung der einfachen Untersuchungsmethoden des Liquor cerebrospinalis. Psych. en Neurol. Bl. 1918.
40. *Stepp*, Über den Cholesteringehalt des Blutserums bei Krankheiten. Münch. med. Wschr. 65, 29.
41. *Schürmann*, Über das Vorkommen von paragglutinablen Bakterien und ihre Verwendung zu neuen Serumreaktionen bei nicht bakteriellen Infektionskrankheiten, insbesondere bei der Syphilis. Deutsche med. Wschr. 44, 17.
42. *Wassermann*, Über die Wa.-R. und biologische Stadien der Lues in bezug auf Therapie sowie Bekämpfung der Syphilis. Deutsche med. Wschr. 44, 33. (S. 206*.)
43. *Weichardt* und *Apitsch*, Über Fermentanregung. Biochem. Ztschr. 1918.
44. *Weichbrodt*, Erfahrungen mit der von Weichbrodt angegebenen einfachen Liquorreaktion. Ztschr. f. d. ges. Neurol. 39.
45. *Werner* und *Leoneanu*, Zur Serologie des Fleckfiebers, insbesondere über Immunisierung mit Proteus X 19. Münch. med. Wschr. 65, 49.
46. *Weil-Felix*, Merkblatt zur serologischen Fleckfieberdiagnose nach Weil-Felix. Münch. med. Wschr. 65, 1.
47. *Ylppö*, Die wahre Reaktion der Zerebrospinalflüssigkeit bei gesunden Kindern und bei solchen mit getrübtem Sensorium infolge verschiedener Erkrankungen. Ztschr. f. Kinderheilk. 17, 157. (S. 209*.)
48. *Zadek*, Über positiven Wassermann im Liquor bei nicht luetischer Meningitis. Münch. med. Wschr. 65, 51. (S. 211*.)

1. Blut.

Wassermann (42) unterscheidet bei der Lues zwei biologisch getrennte Stadien. Diese Unterscheidung ist im Hinblick auf die Therapie von großer Bedeutung. Während des ersten Stadiums, das bis zum Auftreten der Wa.-R. währt, finden sich Spirochäten nur an der Infektionsstelle und in der Blut- und Lymphbahn; die



Krankheit kann daher mit Sicherheit durch entsprechende Therapie, vor allem Salvarsan, geheilt werden, analog den übrigen Spirochätenerkrankungen. Das Auftreten der Wa.-R. dagegen zeigt an, daß eine direkte Wechselbeziehung zwischen Spirochäte und Körperzelle stattgefunden hat. Von diesem Augenblick an ist mit einer völlig sicheren Heilung nicht mehr zu rechnen; es besteht vielmehr immer die Möglichkeit, daß sich noch in irgendeinem Organ Spirochäten aufhalten, die Rezidive hervorrufen können. Es ist daher von hervorragender Wichtigkeit, bei Ärzten und bei der Bevölkerung dahin zu wirken, daß die Lues schon vor Auftreten der Wa.-R. erkannt und sofort behandelt wird.

Meinicke (28) vergleicht seine Methode der serologischen Luesdiagnostik einerseits mit der Wa.-R., andererseits mit den schon früher als Ersatz der Wa.-R. vorgeschlagenen Fällungsreaktionen. Die M.-R. beruht auf der Grundidee der Wa.-R. als einer Vereinigung der besonders reaktionsfähigen Eiweißkörper des Luesserums mit den Antigenlipoiden zu einem relativ festen Komplex. Die Bildung dieses Komplexes läßt sich dadurch nachweisen, daß er stabiler gegen Kochsalz ist als freie Serumstoffe allein. Eine große Fehlerquelle der früheren Fällungsreaktionen, die durch die verschiedene Fällbarkeit der Sera bedingt war, schaltet er durch verschieden starkes Schütteln der Röhrchen vor dem Kochsalzzusatz aus. Er erhält dadurch gleiche Flockengröße, und das Lösungsmittel kann somit unter gleichmäßigen Versuchsbedingungen wirken. Vor der Wa.-R. hat die M.-R. den Vorzug, daß bei ihrer Anstellung keine Versuchstiere und nicht so viele variable Reagentien benötigt werden

Über das Wesen und die Bedeutung seiner Lipoidreaktion führt *Meinicke* (25) folgendes aus: sie ist eine Immunitätsreaktion von allgemeiner Gültigkeit, deren Technik sich auf allen ihren Anwendungsgebieten dem Wesen nach gleicht. Sie ist u. a. zur Eiweißdifferenzierung geeignet. In alkoholische Organextrakte gehen gewisse Mengen artspezifischer Stoffe über. Der Verf. erwähnt dann verschiedene Bedingungen, durch die die Lipoidreaktion beeinflußt wird, z. B. hämolytische Veränderung und verschiedene Fällbarkeit der Sera. Bei der Reaktion sind Fällung und Bindung scharf zu trennen; letztere ist das Wesentliche. Die Methode bildet den Übergang von den reinbiologischen zu den chemisch-physikalischen Methoden.

In einer anderen Arbeit ergänzt *Meinicke* (27) seine Angaben über die Technik seiner Reaktion. Sie beziehen sich vor allem auf die Art und Weise der Extraktverbindungen, zu der völlig salzfreies Wasser genommen werden muß; dann auf die Temperatur und Aufenthaltsdauer im Brutschrank. Zur Kochsalztitration sollen auch positive Sera herangezogen werden. Durch Parallelversuche mit der Wa.-R. kommt er zu dem Ergebnis, daß die M.-R. eine wertvolle Kontrolle der Wa.-R. ist und sich ihr als gleichberechtigte Luesreaktion an die Seite stellt.

In einer weiteren Arbeit berichtet *Meinicke* (26) über die Brauchbarkeit alkoholischer Menschenherzextrakte für die M.-R. Die Brauchbarkeit ist abhängig von der Extrakttemperatur, dem Grade des Schüttelns und dem relativen Mengenverhältnis von Organbrei und extrahierendem Alkohol.

Lesser (23) faßt seine Kritik der M.-R. dahin zusammen, daß sie eine äußerst wertvolle Bereicherung der Serodiagnostik der Syphilis darstelle. Sie gibt zuver-



lässige Resultate, sofern man von gewissen Seren und von der Spinalflüssigkeit, an denen sie nicht angestellt werden kann, absieht. Besonders wertvoll ist sie dann, wenn Meerschweinchen nicht zu beschaffen sind. Außerdem ist sie als Kontrolle der Wa.-R. sehr geeignet.

Auf Grund weiterer Versuche mit der M.-R. schlägt *Lesser* (22) einige Verbesserungen in der Technik vor. Um völlig wasserfreie Alkoholextrakte zu erhalten, läßt er die Herzmuskelsubstanz trocknen und pulverisieren und dann mit absolutem Alkohol übergießen. In bezug auf die Spezifität stellt er die M.-R. der Wa.-R. gleich. Beim Arbeiten mit verschiedenen Extrakten zeigten sich allerdings bei beiden Reaktionen die gleichen Übelstände. Differente Ausschläge betrafen aber stets Syphilitiker, so daß man sich in diesen Fällen für „positiv" entscheiden kann.

Eine in der Ausführung sehr einfache Ausflockungsreaktion zur Seradiagnostik der Syphilis beschreiben *Sachs* und *Georgi* (36). Die Methodik besteht darin, daß menschliches Blutserum mit geeigneten Verdünnungen cholesterinierter Extrakte im Medium von physiologischem Kochsalzgehalt gemischt und im Agglutinoskop auf Ausflockung beurteilt wird. In 94,94% der 2770 untersuchten, größtenteils luesverdächtigen Serumproben ergab diese Versuchsanordnung Übereinstimmung mit der Wa.-R. In 5% der Fälle bestanden Divergenzen, in 3,18% war die Ausflockung, in 1,88% die Wa.-R. stärker oder allein positiv.

Mandelbaum (29) teilt eine neue Verfeinerung der Wa.-R. mit, die darin besteht, daß er das Patientenserum vor der Inaktivierung im Verhältnis 1 : 5 mit physiologischer Kochsalzlösung verdünnt. Es gelang ihm auf diese Weise etwaige Eigenhemmung auszuschalten und bei verschiedenen Fällen positive Reaktionen zu erzielen, die nach der Originalmethode negativ reagierten, aber klinisch einwandfreie Symptome von Lues boten.

In derselben Weise wie die Wa.-R. hat *Mandelbaum* (30) die Ausflockungsreaktion von *Sachs* und *Georgi* modifiziert. Parallelversuche ergaben, daß die positive Ausflockungsreaktion nach der Originalmethode in 64%, nach seiner Modifikation in 91% der Fälle mit der Wa.-R. übereinstimmen.

Kaufmann (16) hat die Lipoidbindungsreaktion von *Meinicke* bei 25 Fällen von „spanischer Krankheit" angestellt und dabei 16 mal starkpositive, 7 mal schwach positive und 2 mal negative Resultate erhalten, während die Wa.-R. bei allen Fällen negativ war. Er fand auch bei anderen Infektionskrankheiten in einem gewissen Prozentsatz eine positive Reaktion. Er kommt daher zu dem Schluß, daß die M.-R. für die spanische Krankheit ein gewisses epidemiologisches Interesse beanspruche und einen Anhaltspunkt zur Auffindung von sporadischen Fällen geben könne, daß sie aber wegen ihres zu breiten Geltungsbereiches zur Diagnose der Syphilis ohne gleichzeitige Anstellung der Wa.-R. nicht herangezogen werden könne.

Eicke und *Mascher* (7) kommen bei ihren Hämolysinreaktionen des syphilitischen Blutserums zu dem Ergebnis, daß es nur bei einer umschriebenen Gruppe von Luesseren zu einem völligen Verlust der hämolytischen Kraft kommt, und zwar vor allem bei Spätsyphilisfällen, die keine genügende Behandlung durchgemacht haben. Während der Komplementschwund erst nach der Gerinnung im Verlauf von 24 Stunden auftritt, fehlt der Normalambozeptor meist schon im



strömenden Blut. In diagnostischer Hinsicht weist Komplementschwund auf tertiäre Fälle mit Veränderung innerer Organe hin, während das Fehlen von Komplement und Normalambozeptor auf syphilitische Veränderungen des Zentralnervensystems hindeutet.

Bolten (1) weist auf die Bedeutung der Blutantitrypsine für die psychiatrisch-neurologische Diagnostik hin. Er kommt bei seinen Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß der Antitrypsintiter bei funktionellen Neurosen immer normal ist. Bei allen möglichen organischen Psychosen, auch bei Dementia praecox, fand er eine mehr oder weniger große Vermehrung der Antitrypsine. Er empfiehlt diese Methode daher als Hilfsmittel zur Differentialdiagnostik zwischen Dementia praecox einerseits und Hysterie und manisch-depressivem Irresein andererseits. Bei der organischen Epilepsie sind die Blutantitrypsine vermehrt, ausgenommen unmittelbar nach dem Anfall, bei der genuinen Epilepsie dagegen erst, wenn schon deutliche Demenz eingetreten ist.

2. Liquor.

Becher (4) hat Messungen des Lumbaldruckes bei Gesunden vorgenommen und hat gefunden, daß dieser bei verschiedenen Personen großen Schwankungen unterliegt und bis zu 200 mm betragen kann. Im Sitzen ist er höher als in Seitenlage und vor allem kann durch Beugen des Kopfes nach vorne oder nach hinten eine Drucksteigerung bis zu 100 mm hervorgerufen werden. Bei abwärts gesenktem Oberkörper kann der Druck gleich Null oder sogar negativ werden.

Pappenheim (33) weist darauf hin, daß die Druckmessung bei der Lumbalpunktion wegen ihres diagnostischen Wertes häufiger geübt werden sollte. Er bespricht die Technik der Druckmessung und gibt dabei eine Modifikation des *Krönig*schen Apparates an.

Boettner (5) beschreibt 2 Fälle von Polyzythämie mit hochgradigen Stauungserscheinungen, bei denen der Liquordruck enorm gesteigert war (540 und 570 mm). Er führt die Drucksteigerung auf die venöse Stauung im Gehirn zurück, die durch die Sektion bestätigt wurde. Ein kräftiger Aderlaß vermochte stets den Liquordruck für einige Zeit herabzusetzen. Am besten wirkte die Kombination von Aderlaß und Lumbalpunktion.

Ylppö (47) hat die wahre Reaktion der Zerebrospinalflüssigkeit bei gesunden Kindern und bei solchen mit getrübtem Sensorium infolge verschiedener Erkrankungen untersucht. Er fand, daß beim gesunden Kinde die Alkaleszenz des Liquor etwas höher ist als die des Blutes. Bei angeborener Idiotie konnte er keine Abweichung von der Norm nachweisen. Bei Kindern mit getrübtem Sensorium infolge von entzündlichen Gehirnprozessen beobachtete er eine deutliche Abnahme der Alkaleszenz. Bei chronischen Fällen war die Abweichung geringer als bei akuten. Bei Bewußtseinsstörungen infolge von nichtzerebralen Erkrankungen fand er die Reaktion des Liquors normal, weshalb er dieselbe bei solchen Fällen als wertvolles differentialdiagnostisches Hilsmittel betrachtet.

Die *Braun-Husler*sche Salzsäurereaktion, mit der das Mittelstück des Komplements nachgewiesen wird, erprobte *Riese* (35) an der Rückenmarksflüssigkeit bei verschiedenen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Er kam zu dem Er-



gebnis, daß die Reaktion bei allen sicheren Paralysefällen positiv ist, daß ihr negativer Ausfall verbunden mit positiver *Nonne*scher Reaktion die Diagnose Hirnlues unterstützt; daß sie bei psychischen Erkrankungen nichtsyphilitischer Natur stets negativ ist.

Fehsenfeld (11) untersuchte die Rückenmarksflüssigkeit einer großen Anzahl Geisteskranker mit der *Lange*schen Goldreaktion. Er fand einen stark positiven Ausfall — totale Ausflockung — bei allen Fällen von Paralyse und Hirnlues, eine leichte Verfärbung bei anderen organischen Erkrankungen und eine negative Reaktion bei den funktionellen Psychosen.

Jacobsthal und *Kafka* (15) haben die *Emanuel*sche Mastixreaktion nachgeprüft und nach verschiedenen Richtungen modifiziert. Die Versuchsflüssigkeit wurde durch eine Änderung in der Herstellung und durch eine halbstündige Reifungszeit stabilisiert, auch wurde ein Vorversuch zur Prüfung der Salzempfindlichkeit eingeschaltet. Zum Versuch wurde die letzte noch nicht trübende und die erste ausflockende Konzentration des Vorversuchs verwendet, und zwar wurden für jede Konzentration zwölf Verdünnungen angesetzt. Auf diese Weise sind mit der Mastixreaktion typische Kurven wie bei der Goldsolreaktion gewonnen worden

Kafka (18) hat die Goldsolreaktion, die Mastixreaktion nach *Jacobsthal* und *Kafka* und die Berlinerblaureaktion nach *Bechhold* und *Kirchberg* zusammenfassend besprochen. Er fand, daß zur richtigen Ausführung der Technik die Auffindung geeigneter Elektrolytkonzentrationen notwendig ist. Diese werden durch den Kochsalzvorversuch festgestellt, der nicht nur für die Mastixreaktion, sondern auch für die Goldsolreaktion notwendig ist. Für die Berlinerblaureaktion teilt *Kafka* eine Modifikation mit, durch die sie praktisch brauchbarer wird.

Eskuchen (10) hat ebenfalls Parallelversuche mit den drei Kolloidreaktionen angestellt. Nach den dabei gewonnenen Erfahrungen scheidet er die Berlinerblaureaktion als nicht spezifisch aus. Die Goldreaktion fand er der Mastixreaktion überlegen, wegen der schärferen Abgrenzung der luetischen von den nichtluetischen Krankheitsgruppen, wegen der Möglichkeit einer Differenzierung innerhalb dieser Krankheitsgruppen und wegen eines geringeren Prozentsatzes an Fehlresultaten. Er will daher den Kreis der vier Reaktionen auf fünf Reaktionen erweitert wissen.

Weiter bringt *Eskuchen* (9) an Hand von zahlreichen Versuchen eine Kritik der Subilmatreaktion von *Weichbrodt*. Er sieht den Wert der Reaktion vor allem in ihrem Verhältnis zur Phase I-Reaktion. Mit derselben kombiniert ist sie auch für die Diagnose luetischer Affektion des Zentralnervensystems wertvoll, denn das Syndrom starke Phase I + schwache Sublimatreaktion ist für nichtluetische Meningitis, das umgekehrte Verhältnis aber für eine luetische Erkrankung des Zentralnervensystems charakteristisch.

Nathan und *Weichbrodt* (32) haben die Ausflockungsreaktion von *Sachs* und *Georgi* auch bei der Rückenmarksflüssigkeit angestellt und fanden, daß sich bei dieser Reaktion der Liquor wie bei der Wa.-R. nach oben auswerten läßt.

Brückner (6) untersuchte die Binnenräume des Auges und fand darin epitheliale Zellen, die vom Nervensystem abzustammen scheinen. Er weist auf den Parallelismus mit den Liquorzellen hin und zeigt, daß sich daraus für die Genese derselben wichtige Tatsachen ergeben.



Heilig (13) fand in dem frischen Liquor Fleckfieberkranker zellulären Polymorphismus, Leukolymphozytose und Siegelringe, welche vorwiegend an den Leukozyten und an den kleinen mononukleären Lymphozyten hafteten. Er weist auf die große differentialdiagnostische Bedeutung dieser schon in den ersten Krankheitstagen auftretenden Befunde hin.

Zadek (48) und *Kraemer* (17) berichten über das Vorkommen positiver Wa.-R. bei nichtluetischer, infektiöser Meningitis.

F. Plaut (34) greift obige Befunde an. Er gibt zwar zu, daß bei positivem Blut-Wa.-R. infolge der krankhaften Permeabilität der Meningen eine positive Reaktion im Liquor auch bei einer nichtluetischen Meningitis auftreten kann, bei negativem Blut aber hält er eine positive Liquorreaktion in solchen Fällen für einen technischen Fehler.

Holland (14) berichtet über drei Fälle von seröser Meningitis mit ausgesprochener Lymphozytose, die aber mit dem Abklingen der übrigen Krankheitserscheinungen ebenfalls zurückging.

Fleischmann (12) hat den Liquor bei den zerebralen Komplikationen der Mittelohreiterung untersucht. Er fand, daß bei Sinusthrombose sowie bei allen extra- und subduralen Eiterungen Liquorveränderungen fehlen, daß bei seröser Meningitis nur der Druck erhöht ist. Bei eitriger, aber noch lokalisierter Meningitis zeigte das Lumbalpunktat einen normalen oder erhöhten Druck und eine geringe Zell- und Eiweißvermehrung. Bei ausgedehnter, eitriger Meningitis besteht dagegen meist erhöhter Druck, höchstgradige Leukozytose, erhöhter Eiweißgehalt und bei besonders schweren Fällen fehlt der Zucker und Bakterien sind im Ausstrich und im Kulturverfahren nachzuweisen. Bei Hirnabszeß findet sich erhöhter Druck, Lymphozytose und vermehrter Eiweißgehalt.

Kafka (19) berichtet von seinen während der Kriegszeit gesammelten Erfahrungen über den Wert der Lumbalpunktion. Er hebt dabei vor allem ihren großen diagnostischen Wert hervor. Mit ihrer Hilfe war es wiederholt gelungen, klinisch unklare Fälle zu klären und vor allem auch solche Fälle als luetische Affektion des Zentralnervensystems zu erkennen, bei denen klinische Symptome fast ganz fehlten. Unentbehrlich ist die Lumbalpunktion zur Beurteilung der Dauer der Behandlungszeit. Oft wurde durch sie die Frage der Dienstfähigkeit entschieden und die Beantwortung der Frage der Dienstbeschädigung erleichtert. Zum Schluß werden die angeblichen Todesfälle und die üblen Folgeerscheinungen nach Lumbalpunktion kritisch erörtert

Kafka (20) bringt in seinem Taschenbuch eine klare Darstellung der praktisch wichtigsten Untersuchungsmethoden der Körperflüssigkeiten bei Nerven- und Geisteskrankheiten. Er gliedert den Stoff in drei Teile. Im ersten Teil bespricht er die Technik der Entnahme der Körperflüssigkeiten. Im zweiten Teil beschreibt er die Technik der Untersuchungsmethoden, die er in fünf Gruppen teilt: die mikroskopischen, chemischen, biochemischen, kolloidchemischen und biologischen Methoden. Im dritten Teil führt er die praktische Bedeutung der Methoden in bezug auf die einzelnen Krankheiten aus und stellt für die wichtigen Krankheitstypen einen Untersuchungsplan und Reaktionsbilder auf.



Alphabetisches Inhaltsverzeichnis des Literaturberichtes.

(Die Zahlen mit einem Sternchen (*) bedeuten die Seiten des Literaturberichtes, die Zahlen ohne Stern die Nummern der angeführten Veröffentlichungen.)

1. Sachregister.















2. Autorenregister.





HEINRICH LAEHR, Die Literatur der Psychiatrie, Neurologie und Psychologie von 1459 bis 1799.

Mit Unterstützung der Kgl. Akademie der Wissenschaften zu Berlin. — Bd. I: Die Literatur von 1459 bis 1699. Bd. II: Die Literatur von 1700 bis 1799. Band III: Register der Bände I/II. 8°. 3 Bände. Geheftet 80 Mk.

In den stattlichen drei Bänden liegt ein Werk vor uns, auf das stolz zu sein die deutsche Psychiatrie ein Anrecht hat. Ihr Nestor hat am Abende seines Lebens den Mut gehabt, ein solches Werk zu unternehmen, und das Glück, es zu vollenden, und was das besagen will, erhellt daraus, daß nicht weniger als 16396 Schriften von 8565 Autoren angeführt sind, und bei 2778 eine Angabe des Inhalts beigefügt ist. Das Ziel, das ihm vorgeschwebt, eine quellenmäßige Geschichte der Psychiatrie der früheren Jahrhunderte zu schreiben, hat er zwar nicht erreicht, wohl aber hat er die Bausteine zu diesem Riesenwerke herbeigetragen und damit jedem späteren Forscher seine Aufgabe wesentlich leichter gemacht. Laehr wählte in seiner Arbeit den chronologischen Weg, um den jeweiligen Kulturzustand in einer gewissen Reihenfolge zur Kenntnis zu bringen und die Möglichkeit eigener Ergänzung zu erleichtern. Die Ausstattung der drei Bände ist eine vorzügliche und, nach Art der englischen, über das bei uns Gewohnte hinausgehende. *Zeitschrift für Psychologie.*

HANS LAEHR, Die Heilung des Orest in Goethes Iphigenie.

8°. Geheftet 2 Mark.

Wer ein vielbetretenes Gebiet von neuem durchforscht, hat nur dann ein Anrecht auf Anerkennung seiner Forschungen, wenn er neue Wege bahnt und neue Ziele steckt. Dies ist Laehr in seiner Auffassung der Heilung Orests in glänzender Weise gelungen. Er schildert die Entsühnung des Orest von seinen Gebrechen durch reine Menschlichkeit und stützt sich allenthalben auf den Goetheschen Text. Mag auch Laehr in seiner Verteidigung des Dichters und seines Mottos: »Alle menschlichen Gebrechen sühnet reine Menschlichkeit« an einzelnen Stellen wohl etwas zu weit gegangen sein, so bietet doch die Arbeit in ihrer Gegensätzlichkeit zu den schon vorhandenen Studien viel Interessantes und kann deshalb wärmstens empfohlen werden. *Beilage zur allgemeinen Zeitung.*

MAX LAEHR, Die nervösen Krankheitserscheinungen der Lepra mit besonderer Berücksichtigung ihrer Differentialdiagnose nach eigenen auf einer Studienreise in Sarajewo und Konstantinopel gesammelten Erfahrungen.

Mit 4 Lichtdrucktafeln und 1 Abbildung im Text. Gr. 8°. Geheftet 4 Mark.

In dieser Arbeit sind nicht nur die in der Literatur mitgeteilten Beobachtungen auf das eingehendste berücksichtigt, sondern es hat auch der Verfasser selbst auf einer Studienreise durch die Balkanhalbinsel eine große Zahl Lepröser in derselben gründlichen und exakten Weise untersucht, wie wir dies von den früheren Arbeiten dieses Autors gewohnt sind. Daß durch diese genauen und mühevollen Untersuchungen jetzt viel diskutierte Fragen ihrer Lösung erheblich näher gebracht wurden, ist ein großes Verdienst des bekannten Autors. In dem Schlußkapitel ist die praktisch so ungemein wichtige Differentialdiagnose zwischen Lepra und Syringomyelie und der Polyneuritis syphilitica ausführlich erörtert, und sind die in Betracht kommenden Momente sehr übersichtlich angeordnet. Ein umfangreiches Literaturverzeichnis ist der sehr lesenswerten Arbeit beigegeben. *Zentralblatt für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie.*

K. PÁNDY, Die Irrenfürsorge in Europa. Eine vergleichende Studie.

Deutsche Ausgabe durchgesehen von Dr. H. ENGELKEN JUN. Mit 50 Abbildungen im Text. Gr. 8°. Geheftet 12 Mark.

Die Ausführungen zeichnen sich durch eine frische Lebhaftigkeit aus, die doch an keiner Stelle die Objektivität des Beobachters beeinträchtigt hat. Die einzelnen Abschnitte enthalten Übersichten über die geschichtliche Entwicklung des Irrenwesens in den einzelnen Ländern, die durch ihre Nebeneinanderstellung lehrreich wirken, andererseits aber auch erkennen lassen, daß noch in keinem Lande die Fürsorge für die Geisteskranken zu einem vorbildlichen Abschluß gekommen ist, sondern daß sowohl im Anstaltswesen wie auch in der Gesetzgebung hier noch alles in der Entwicklung begriffen ist. Ein besonderer Vorzug des Buches liegt darin, daß der Verfasser sich von jeder Schönfärberei fernhält. *Zeitschrift für soziale Medizin.*

Zu obigen Preisen tritt vom Verleger ein Teuerungszuschlag von 100 %.

VEREINIGUNG WISSENSCHAFTLICHER VERLEGER

WALTER DE GRUYTER & CO. · VORM. G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG · J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG · GEORG REIMER · KARL J. TRÜBNER · VEIT & COMP.




UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06220 5284


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN